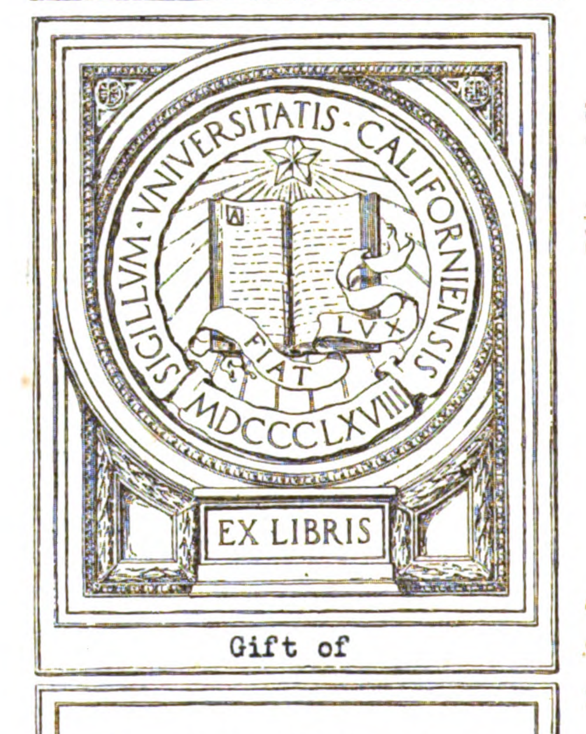



SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT
LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS




Digitized by Google

es trat Muskelatrophie und Entartungsreaktion auf; die Nervenstämme wurden dicker und härter. Pupillen, Augenmuskeln, Sehnerv waren bis zuletzt normal geblieben. Die Untersuchung des Blutes und der Spinalflüssigkeit wie der Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung sprachen dafür, daß die Polyneuritis von (anfangs geleugneter) syphilitischer Herkunft war. Die Besserung war mit Ausnahme einer restierenden doppelseitigen Peroneuslähmung eine dauernde.

Schulhof (188) beobachtete viele Fälle von Polyneuritis mit rheumatischer Ätiologie, deren Symptomatologie in folgendem gegeben werden kann: Die schleichend einsetzenden Schmerzen werden allmählich größer, bis sie endlich in derselben Intensität konstant werden. Die Parästhesien können von sehr verschiedenen Graden sein; am häufigsten ist Kältegefühl und Formikation vorhanden. Die Sensibilitätsstörungen präsentieren sich meistens in Hyperästhesie und nur seltener in Anästhesie. Die motorischen Erscheinungen dieser Polyneuritis bestehen in leichteren Paresen, und nur selten kommt es zur vollkommenen Lähmung der erkrankten Muskulatur. Die trophischen Veränderungen zeigen sich entweder in Muskelschwund oder in verschiedenen Formen von Dermatiden. Die Prognose der Polyneuritis rheumatica ist eine günstige, und mit Thermen können sehr gute Heilerfolge erzielt werden. (*Hudovernig.*)

Hudovernig (104) betont bei Demonstration eines Falles von Polyneuritis, welcher im Anschlusse an antirabische Schutzimpfungen entstand, die Seltenheit derartiger infektiöser Polyneuritiden; solche werden bloß von Darkschewitsch und Marinesco erwähnt. Ein 42jähriger Arbeiter des Budapester Opernhauses wurde am 19. XI. 1910, während er auf dem Klosett saß, von einer Ratte in den Penis gebissen; nach Stillen der überaus heftigen Blutung wurden im Pasteur-Spitale antirabische Schutzimpfungen vorgenommen, da die Krankheit der Ratte nicht ausgeschlossen erschien; Dauer der Impfungen vom 20. XI. bis 11. XII. 1910; insgesamt bekam Patient 0,195 g Mark in entsprechender Verdünnung. Anfang Dezember Parästhesien im linken Arm und beiden Beinen, welche sich namentlich im rechten Ischiadikus stabilisierten; Schwäche der Beine. Vortr. sah den Kranken erst im Herbst 1911 mit dem Bilde einer chronischen Polyneuritis: Parästhesien, Schwäche der Beine, hauptsächliches Betroffensein des rechten Ischiadikus, Druckempfindlichkeit der meisten Nervenstämme, keine Sensibilitätsstörungen, beiderseits Laseguesches Zeichen; Reflexe unverändert; leichtes Zittern der Hände. Patient war luetisch nie infiziert, vor sechs Jahren starker Trinker, seither nur mäßiger Alkoholgenuß; Urin o. B. Innere Organe o. B. Keinerlei Erscheinungen von Alkoholismus. Vortr. faßt den Fall als chronische Polyneuritis auf, wobei aber die alleinige ätiologische Ursache nicht in den antirabischen Schutzimpfungen zu suchen sei, sondern Hudovernig meint, daß in dem durch früheren Alkoholmißbrauch geschwächten Nervensystem die Toxine der antirabischen Schutzimpfungen eine Erkrankung des peripheren Nervensystems hervorgerufen haben. (*Hudovernig.*)

Dzierzinski (53) beschreibt eine exklusive Kombination von der so seltenen aufsteigenden Neuritis mit den reflektorischen Amyotrophien. Bei M., 21 J., nach Kombustio der Handwurzel mit siedendem Wasser, hat sich eine Eiterung entwickelt. 1¼ Wochen später ausgeprägte Abmagerung der gesamten erkrankten Hand, des Kukullaris und der Muskeln der Nachbarschaft, stärker auch auf der Peripherie und eine geringe Abmagerung des Fußes an derselben Seite; Hypästhesie der Finger der Hand; schmerzhafte Parästhesien in Hand und Arm; eine Empfindlichkeit in dem Ischiadikus-

traktus, Lasègue und Areflexie derselben Seite bei gesteigerten Sehnenreflexen. Keine elektrische Erregbarkeit ist in den Handmuskeln vorhanden, dieselbe ist in anderen Muskeln des gesamten Armes ohne Entartungsreaktion vermindert. Die Paresen sind schwächer als die Atrophien ausgeprägt. Eine Paralyse der Handmuskeln. Ankylosierender Prozeß in den Gelenken der Hand und der Finger. Also alle diese Prozesse sind auf die linke Seite beschränkt. Nach 4½ Monaten sind Hyperästhesie und Lasègue verschwunden, die Schmerzen im Ischiadikustraktus vermindert. Als neuritische Symptome sieht Verf. die Hypästhesie der Finger, der Empfindlichkeit im Ischiadikustraktus und das Erlöschen der Achillesreflexe, sowie die reflektorische. Abmagerung der Muskeln im Arm, Schulter und Füßen an. Die Muskelatrophien in der Hand können neuritisch oder reflektorisch sein; wahrscheinlich sind sie von gemischtem Charakter, wofür die Hypästhesien in den Fingern sprechen. Gegen die neuritische Entstehung der Muskelatrophien in Arm und Schulter sprechen Abwesenheit der Entartungsreaktion, Steigerung der Sehnenreflexe, Vorherrschen der Atrophien vor der Schwäche.

(*Heimanowitsch.*)

III. Verschiedenes.

Zilz (231) teilt die Krankengeschichte eines bis dahin ganz gesunden 22jährigen Soldaten mit, der einige Tage vor dem Erscheinen eines die rechte Kinnhälfte genau bis zur Medianlinie einnehmenden Herpes zoster heftige neuralgische Schmerzen in der rechten Unterkieferhälfte verspürt hatte. Nach der Entfernung eines überzähligen rechten Eckzahnes hörten die Beschwerden auf. Es handelte sich um eine interstitielle Neuritis in einem anormalen Pulpa-Periostkanal. Die Einzelheiten des Befundes siehe im Original.

Bei einem 70jährigen, etwa zehn Stunden am Tage arbeitenden Bildhauer beobachtete **Sand** (183) nach einer Influenza-Pneumonie eine lähmungsartige Schwäche nur der rechten Hand und dort nur im Gebiet des N. ulnaris. Herabsetzung der Erregbarkeit der betroffenen Muskeln ohne Entartungsreaktion. Langsame aber fast vollkommene Heilung innerhalb eines Jahres. Linke Hand ganz verschont. Nicht sowohl das Modellieren, zwischen Daumen und Zeigefinger ausgeführt, sondern das Durchkneten des Tones mit der rechten Hand, und dort besonders mit der kubitalen Seite bedingte die Überanstrengung.

Stürtz (205) behauptete, daß bei gewissen schweren einseitigen Erkrankungen unterer Lungenpartien, insbesondere bei kavernösen Erkrankungen, man mit Recht für die Fälle, bei denen genügende Lungenkollapstherapie wegen breiter Adhäsionen der Pleurablätter nicht möglich ist, zwecks Entspannung der erkrankten unteren Lungenteile einseitige künstliche Zwerchfellähmung Phrenikusdurchschneidung als Heilungsversuch vorschlagen dürfe, bevor man sich zu den meist lebensgefährlichen tieferen chirurgischen Eingriffen in den Unterlappen entschließt.

Auf Einwendungen von Hellin macht Stürtz in der zweiten Mitteilung darauf aufmerksam, daß die Behauptung Hellins, daß die nach Phrenikusdurchschneidung gelähmte Zwerchfellhälfte Mitbewegungen mit der gesunden zeigt, unrichtig ist. Diese Bewegungen sind nur passiv und wirken der beabsichtigten Kollapstherapie nicht entgegen, sondern ermöglichen dieselbe gerade. Es wird eine Krankengeschichte eines Patienten mit Unterlappenbronchiektasie mit einseitiger Phrenikusdurchschneidung mitgeteilt, wo die wagenbalkenartige Zwerchfellbewegung im Röntgenschirm deutlich sichtbar war. Die Zwerchfellbewegungen des Kaninchens nach einseitiger Phrenikus-



lähmung sind denen des Menschen völlig analog und lassen Detailschlüsse auf das menschliche Zwerchfell zu. Der inspiratorisch steigende Abdominaldruck kann sich bei gewöhnlicher Atmung an der Hochdrängung der gelähmten Zwerchfellhälfte ebenso wie am Kienböckschen Phänomen nur ganz unwesentlich beteiligen. In erster Linie ist der inspiratorisch negative Thorakaldruck maßgebend. Die gelähmte Zwerchfellhälfte wird inspiratorisch nach der gesunden Zwerchfellhälfte hingezerrt. Die Leber macht sowohl die wagenbalkenartige Bewegung des Zwerchfells mit wie auch die vorgenannten Zerrungen nach der gesunden Zwerchfellhälfte.

Dransfeld (50) faßt seine Auseinandersetzungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Die beste Behandlung postdiphtheritischer Lähmungen besteht in Einspritzung von Heilserum, je schwerer die Lähmung, um so höher sei die Anzahl der I. E., eine schädliche Wirkung ist nicht zu erwarten. 2. Diphtheritische Lähmungen lassen sich mit Wahrscheinlichkeit vermeiden, wenn frühzeitig genügend I. E. zur Einwirkung kommen.

Neumann (154) kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Schluß: Das Fazialisphänomen kommt jenseits des Säuglingsalters nur bei neuropathischen Kindern vor und ist bei ihnen sehr häufig. Es ist daher ein wertvoller objektiver Hinweis auf die neuropathische Konstitution; es vererbt sich ebenso wie überhaupt die tetanoide Übererregbarkeit zusammen mit der Neuropathie als eine ihrer eigenartigen Ausdruckweisen.

Aoyagi (9) faßt seine Ergebnisse bei Untersuchungen der Nerven und Muskeln nach Embolie peripherischer Arterien, nach Verschluß der Arterien und nach Anlegung zu fester Verbände folgendermaßen zusammen: 1. Bei den nach Arterienverschluß auftretenden ischämischen Lähmungen sind die Endausbreitungen der motorischen und sensiblen Nerven am meisten geschädigt. 2. Hierbei sind die Veränderungen der Nerven stärker ausgesprochen als die der Muskeln. 3. In der Haut leiden die Zellen der Malpighischen Schicht zuerst. 4. Bei den durch zu festen Verband erzeugten Lähmungen sind die Muskeln stärker affiziert, als die Nerven; die Kontrakturen treten frühzeitig auf.

Otto (161) kommt in dieser sehr beachtenswerten Arbeit zu folgenden Resultaten: Von sicheren 18 Fällen mit kompletter EaR. sind 6 ungünstig verlaufen, 4 wurden gebessert, und bei 8 trat bedeutende Besserung resp. Heilung ein. Von den 12 Fällen, die sich besserten, trat bei 8 die Regeneration erst längere Zeit nach Entlassung aus ärztlicher Behandlung ein, bei einem 12 Jahre nach der Entlassung. Von 5 Fällen partieller Entartungsreaktion ist nur bei einem geringe Besserung zu verzeichnen, die übrigen 4 verliefen günstiger, aber sämtliche 5 Fälle besserten sich wiederum erst nach Jahren. In zwei Fällen zeigte die elektrische Erregbarkeit keine Veränderung; unter ihnen befand sich ein Fall von Schlaflähmung, bei dem eine definitive Heilung erst nach weit über Jahresfrist zustande kam. In 14 Fällen von Nervennaht nach Nervendurchtrennung trat 5mal vollständige Wiederherstellung der Funktion und Sensibilität in dem von den betreffenden Nerven versorgten Gebiet ein, während bei drei Fällen Trennungsneurome oder Narbenschwielen auftraten und im ganzen 9 Fälle ungeheilt blieben. Die Chancen auf Wiederherstellung sind also bei Nervennaht keineswegs günstigere, als bei anderen schweren traumatischen Lähmungen.

Meist erstreckt sich der Heilungsprozeß über Jahresfrist. Bei gutachtlicher Tätigkeit hat man sich demnach abwartend zu verhalten, und Vorsicht ist vonnöten, wenn es sich um Abfindung handeln soll. Hier ist ein endgültiges Urteil oft erst nach drei bis vier Jahren abzugeben. Vielleicht ist es auch nötig, die ärztliche Behandlung erheblich zeitlich länger aus-



zudehnen als es bisher geschah. Statistik und Erfahrung wird uns lehren, ob wir den Kassen gegenüber das Heilverfahren erheblich länger auszudehnen haben (Monate oder Jahre), ohne bisher eine sichere Garantie für wesentliche Besserung oder Heilung bieten zu können.

Wolf (226) berichtet über eine ischämische Lähmung aller Nerven des linken Armes nach Anwendung der Esmarchschen Blutleere. Besonders affiziert waren die Nn. medianus und radialis. Gefühlsstörungen in allen drei Endgebieten. Mittelform der Entartungsreaktion. Der Patient hatte früher eine syphilitische Infektion durchgemacht. Verf. hält einen Zusammenhang der Lähmung mit der alten Lues, durch die eine Überempfindlichkeit des Nervensystems gegen äußere Schädlichkeiten verursacht sein dürfte, für wahrscheinlich. Er warnt demgemäß davor, bei einem Patienten, bei dem Lues durch die Anamnese nachgewiesen ist, die Esmarchsche Blutleere am Arm anzuwenden und empfiehlt als Ersatz den Perthesschen Kompressor.

Gocht (79) empfiehlt als Unterlage für alle Schlauchabschnürungen am Bauch und Bindenabschnürungen am Oberarm die sogenannten Faktiskissen (fein zermahlenes Gummimaterial).

Kausch (112) hat trotz häufiger Anwendung der Esmarchschen Umschnürung nur einmal einen Fall von Drucklähmung gesehen. Er hebt hervor, daß die Gummibinde meist zu fest angelegt wird, und empfiehlt nicht den Gummischlauch, sondern eine breitere Gummibinde. Nach seinen Erfahrungen begünstigt bestehende Lues das Auftreten der Lähmung nicht.

Auch **Burianek** (29) berichtet von einem Fall von Lähmung der Armnerven nach Anlegung der Esmarchschen Binde bei einem Manne, der zuerst eine syphilitische Infektion leugnete, bei dem aber die Wassermannsche Reaktion stark positiv ausfiel. Er neigt sich daher der oben mitgeteilten Ansicht von Wolf zu.

Nach **Stiefler** (202) kommt das Fazialisphänomen bei der Pellagra nicht häufig vor. Auch in einem relativ häufigen Vorkommen desselben bei der Pellagra ist ein für diese Krankheit irgendwie charakteristisches Symptom nicht zu erblicken.

Heykes (97): Fall von Lues cerebri in der Gravidität mit linksseitiger Hemiplegie.

Nach dem Vorgang von Stoffel hat **Stein** (196) bei einem 9jährigen linksseitig gelähmten Jungen (rechtsseitige Pupillenstarre und linksseitige Extremitätenlähmung), bei dem eine Kontraktur der Hand- und Fingerbeuger bestand, diese dadurch zu beseitigen versucht, daß er im N. medianus diejenigen Fasern abtrennte und mit dem N. radialis verband, die speziell die kontrakturierten Muskeln innervierten. Allmählich trat wieder eine aktive Bewegungsmöglichkeit in der Streckmuskulatur des linken Unterarms ein.

Bei den metasyphilitischen Erkrankungen zeigt sich nach **Steiner** (197) in den peripheren spinalen Nerven die gleiche, in gewissem Sinne spezifische Erkrankung des mesodermalen Gewebes, wie an den hierfür in Betracht kommenden Teilen des Zentralnervensystems. Es besteht kein histologischer Parallelismus zwischen den Krankheitsvorgängen am mesodermalen Stützgewebe und denen an der Nervenfaser. Die periphere Erkrankung beansprucht insofern Selbständigkeit, als sie mit der zentralen Erkrankung nur durch die gemeinsame Ursache in Zusammenhang steht; der periphere und der zentrale Krankheitsprozeß sind einander koordiniert. Es ist (nach Feststellung einer selbständigen Erkrankung des mesodermalen Gewebes im peripheren Nerven) wahrscheinlich, daß auch die Nervenfasererkrankung des peripheren Nerven bei den metasyphilitischen Leiden von dem Krankheits-



prozeß am Zentralnervensystem funktionell und anatomisch unabhängig ist. Eine wesentliche Bedeutung für die Symptomatologie der metasyphilitischen Erkrankungen kommt den am mesodermalen Stützgewebe erhobenen irritativ-vaskulären oder chronisch-entzündlichen interstitiellen Befunden nicht zu.

Einige vortreffliche Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

Hysterie, Neurasthenie.

Ref.: Dr. E. Flörsheim-Berlin und Dr. Julius Salinger-Wilmersdorf.

1. Adler, Alfred, Beiträge zur Lehre von der organischen Grundlage der Psychoneurosen. Oesterreich. Aerzte-Ztg. No. 23—24.
2. Albutt, C., Neurasthenia. Australasian Med. Gazette. Febr.
3. Alessandrini, P., Le idee recente sulle nevrosi gastriche. Il Morgagni. Parte II. Rivista. No. 7. p. 97.
4. Allen, Alfred Reginald, Recent Views of Hysteria. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 399. **(Sitzungsbericht.)**
5. Aronsohn, Oskar, Die Hysterie als Kulturprodukt. Berl. klin. Wochenschr. No. 40. p. 1885.
6. Babinski, J., et Dagnan-Bouveret, Emotion et hystérie. Journal de Psychol. normale et pathol. **9.** No. 2. p. 97.
7. Ballard, Charles Nelson, Nervous Phenomena as Sequelae of Changes in the Pelvic Viscera. The Amer. Journ. of Obstetrics. March. p. 451.
8. Beloborodow, L., Psychoanalyse eines Falles von Hysterie. Psychotherapie. (Russ.) **3.** 84. (277.)
9. Belosensky, Le neurosi del cuore. Gazette medica lombarda. No. 39—40. p. 306. 314.
10. Benni, W., Ein Fall von Intestinalneurose. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 204.
11. Benthin, Fall von Vaginismus. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 783. **(Sitzungsbericht.)**
12. Bérillon, La timidité hystérique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 198. **(Sitzungsbericht.)**
13. Bianchi, Leonardo, Contributo alla conoscenza dell' isterismo. Gazz. med. lombarda. No. 32. p. 249.
14. Binswanger, L., Analyse einer hysterischen Phobie. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. **3.** 228.
15. Bochynek, Alfred, Zur Frage der Ueberlagerung organischer Nervenleiden durch Hysterie. Ein Fall von Apoplexie mit Hysterie. Inaug.-Dissert. München.
16. Bonhoeffer, K., Zur Differentialdiagnose der Neurasthenie und der endogenen Depressionen. Berl. klin. Wochenschr. No. 1. p. 1.
17. Bonnier, Pierre, Recherches expérimentales sur l'agoraphobie et la claustrophobie. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 23. p. 1031.
18. Bonnet, Contribution à l'étude de la diplopie monoculaire et en particulier de la diplopie monoculaire hystérique. Thèse de Lyon. 1911.
19. Bornstein, M., Ein Fall von Zwangsneurose. Warschauer Mediz. Gesellsch. 16. März. u. Neurologja Polska. Bd. II. H. 9.
20. Brandeis, Pathogenesis of Neurasthenia. Journal de Méd. de Bordeaux. June 9.
21. Brill, A. A., Hysterical Dreamy States. Their Psychological Mechanism. The New York Med. Journ. Vol. XCV. No. 21. p. 1073.
22. Broese, Ein Fall von Hysterie ohne ätiologisches Moment. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 12. p. 463—466.
23. Brook, F. W., Cause and Treatment of Certain Cases of Neurasthenia. Brit. Med. Journal. II. p. 964.
24. Cohn, Paul, Zum Verständnis der Hysterie. Deutsche Mediz. Presse. No. 1—4. p. 2. 18. 32.
25. Cole, R. H., Hypochondriasis, its Significance and Treatment. Med. Press and Circular. March. 27.
26. Collin, André, Le champ inculte de l'hystérie. Gaz. des hopitaux. No. 144. p. 2033.
27. Collins, Astasia-Abasia. Medical Record. Vol. 82. p. 1141. **(Sitzungsbericht.)**
28. Courbon, C., Suggestibilité, pithiatisme et hystérie. Revue de Psychiatrie. 1911. **15.** 330.



29. Crocq, J., La neurasthénie. Journal de Neurologie. No. 6—9. p. 101. 121. 141. 175.
30. Derselbe, Bien qu'on rencontre dans l'hystérie un très grand nombre de manifestations pithiatiques, nous pensons que cette psycho-névrose n'est pas uniquement constituée par des phénomènes de suggestion. ibidem. No. 12. p. 228. **(Sitzungsbericht.)**
31. Derselbe, Discussion de la question de l'hystérie. ibidem. No. 12. p. 227. **(Sitzungsbericht.)**
32. Cruchet, René, Diagnostique pratique de l'hystérie (spécialement chez l'enfant). La Pathol. infantile. **9.** 165.
33. Curschmann, Fall von nervöser Anorexie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2762. **(Sitzungsbericht.)**
34. Derselbe, Drei Fälle von hysterischen Artefakten. ibidem. p. 900. **(Sitzungsbericht.)**
35. Danziger, Felix, Die Beziehungen zwischen gynaekologischen Erkrankungen und nervösen Erscheinungen. Dargestellt am Material der Ambulanz der Münchener Universitäts-Frauenklinik. (Januar 1907 bis Juli 1910.) Inaug.-Dissert. München.
36. Davies, F. H., Hysteria. Delaware State Med. Journ. March.
37. Delage, Yves, Un cas de sommeil prolongé chez une hystérique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 195. **(Sitzungsbericht.)**
38. Dölger, R., Hysterische (funktionelle) absolute Taubheit beiderseits (vollkommene Anästhesie des N. acusticus mit Hypästhesie des N. vestibularis). Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 36. p. 1696.
39. Donath, Julius, Ueber Ereutophobie (Errötungsfurcht). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 3. p. 352.
40. Dunham, J. D., Motor Insuffiency of Stomach: its Influence in Headache and Neurasthenia. Lancet-Clinic. Dec.
41. Eastmann, F. C., and Rosanoff, A. J., Association in Feebleminded and Delinquent Children. The Amer. Journ. of Insanity. **69.** 125. (cf. Kapitel: Idiotie.)
42. Eckert, P., Über Auslösung hysterischer Zustände durch kalorische Insulte. Dtsch. Militärärztl. Zeitschr. No. 13. p. 494—497.
43. Esposito, G., L'elemento causale ginecologico nei rapporti delle neuropsicopatie. Gazz. med. lombarda. No. 2. p. 9.
44. Farkas, Weitere Beiträge zum Wetterfühlen. Wiener klin. Wochenschr. p. 1853. **(Sitzungsbericht.)**
45. Ferrand, J., Les conceptions anciennes et nouvelles de l'hystérie. Tamines. Duculot-Roulin.
46. Flatau, Georg, Sexuelle Neurasthenie. Berlin. Fischers Mediz. Buchhandlung.
47. Frank, L., Über Angstneurosen und das Stottern. Zürich. Orell Füssli.
48. Freud, Sigm., Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. 2. Folge. 2. Auflage. Wien. Fr. Deuticke.
49. Derselbe, Ueber neurotische Erkrankungstypen. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 6. p. 297.
50. Gaines, L. M., The Nervous Woman. Journ. of Med. Assoc. of Georgia. March.
51. Gallais, Alfred, Syndrome agoraphobique d'origine vestibulaire. Revue neurol. 1. S. p. 306. **(Sitzungsbericht.)**
52. Gaspero, H. di, Hysterische Lähmungen. Studien über ihre Pathophysiologie und Klinik. Berlin. J. Springer.
53. Genter, G., Ueber Selbstbeschädigung bei Hysterischen. St. Petersb. mediz. Zeitschr. p. 218. **(Sitzungsbericht.)**
54. Gerhardt, Fall von Neurasthenie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1689. **(Sitzungsbericht.)**
55. Goett, Theodor, Psychogene Akinese auf Grund einer schweren Neurose im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilkunde. Bd. IV. H. 3. p. 231.
56. Gougerot, Piétkiewicz, B., et Detape, Une soi-disant ulcération muqueuse hystérique. Brûlure de la muqueuse par les aliments, passant inaperçue grâce à l'anesthésie du palais. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 2. p. 64.
57. Grandjean, Considérations sur un cas d'astasie-abasie avec névrose cardiaque. Modalité du traitement psychothérapique de choix. Soc. suisse de Neurol. 1911. 11.—12. nov.
58. Groag, Paul, Ueber nervöse Funktionsstörungen der männlichen Sexualorgane. Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. XVI. H. 4—5. p. 193. 273.
59. Halbey, Kurt, Asphygmia alternans. Ein neues Pulsphänomen auf hystero-neurasthenischer Basis. Neurol. Centralbl. No. 8. p. 487.
60. Harbridge, D. F., Ocular Manifestations of Hysteria. Wisconsin Med. Journ. March.
61. Heinicke, Zur Kasuistik der nervös bedingten Sekretionsanomalien. Ein Fall von „Sein hystérique" der Franzosen. Neurol. Centralbl. No. 13. p. 821.
62. Herz, Max, Ueber Herzneurosen. Klin.-therap. Wochenschr. No. 7—8. 10. p. 192. 229. 292.



63. Derselbe, Zwischen Herzneurose und Arteriosklerose. Medizin. Klinik. No. 21. p. 854.
64. Hirsch, Georg. Eine hysterische „Röntgenverbrennung". Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. 36. H. 3. p. 335.
65. Hougardy, Myopathie primitive ou hystérie? Ann. de la Soc. méd.-chirurg. de Liège. Oct. p. 135.
66. Hudovernig, Carl, Hysteriforme Erscheinungen im Initialstadium von organischen Erkrankungen des Nervensystems. Neurol. Centralbl. No. 13. p. 812.
67. Derselbe, Eine besondere Form der sexuellen Neurasthenie im vorgeschrittenen Alter. Klinikai Füzetek. 22. 291.
68. Hutchinson, R., Hysterical Vomiting and Achylia. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol V. No. 5. Sect. for the Study of Disease in Children. p. 144.
69. Illoway, H., Ein Fall von hysterischer Darmparalyse (Paralysis intestinalis) von seltener Form. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 18. H. 3. p. 303. u. Arch. of Diagnosis. Oct.
70. Jenkins, J. O., Climacteric Neurosis in Women. Kentucky Med. Journal. April.
71. Jeremias, Halbseitiger hysterischer Tremor. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2471.
72. Jones, Ernest, Die Beziehungen zwischen Angstneurose und Angsthysterie. III. Intern. Vers. f. med. Psychol. Zürich. 9. Sept.
73. Josefowitsch, A., Fall von Beeinflussung des Urinierens von seiten der Nasenhöhle (zur Frage von den nasalen „Reflexneurosen".) Med. Revue. (Russ.) 78. 473.
74. Jungklaus, Zur Frage der Oligodipsie. Medizin. Klinik. No. 9. p. 357.
75. Karlow, A., Hysteri, simulerande barnförlamning. Allmänna svenska läkartidningen. Jahrg. 9. S. 410.
76. Kipschidse, J., Zur Frage der Aetiologie und Pathogenese der Psychasthenie. Neurol. Bote. (Russ.) 19. 765.
77. Kohnstamm, Oscar, Der Hysteriebegriff. Neurol. Centralbl. p. 731. (Sitzungsbericht.)
78. Derselbe, System der Neurosen vom psychobiologischen Standpunkte. Ergebnisse der inneren Medizin u. Kinderheilk. Bd. IX. p. 371.
79. Derselbe, Über eine organische Ursache bei sogen. hysterischer Harnverhaltung. Neurol. Centralbl. p. 1321. (Sitzungsbericht.)
80. Kohrt, Paul, Ueber hysterische Krampfzustände im Bereich der Muskulatur des Augapfels. Inaug.-Dissert. Rostock.
81. Kollarits, J., Charakter und Nervosität. (Vorlesungen über das Wesen des Charakters und der Nervosität und über die Verhütung der Nervosität.) Berlin. Julius Springer.
82. Kostyleff, N., Les derniers travaux de Freud et le problème de l'hystérie. Arch. internat. de Neurol. Janv. p. 17.
83. Krumbein, Hysterische Aphonie. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1395.
84. Langdon, F. W., Functional Psychoneuroses. Lancet-Clinic. Dec.
85. Lewinton, Fall von Hysterie mit Blutung aus den Augen und den Ohren. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 88. p. 80. (Sitzungsbericht.)
86. Lichtnitzky, W., Zur Psychologie der Zwangshalluzinationen auf hysterischer Grundlage. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (Russ.) 11. 761.
87. Loveland, B. C., Gastric Neurasthenia and Abdominal Ptoses. New York State Journ. of Medicine. August.
88. Lydston, G. Frank, Sexual Neurasthenia and the Prostate. Medical Record. Vol. 81. No. 5. p. 218.
89. Marinesco, G., Sur un cas d'hystérie respiratoire avec contracture des cordes vocales. La Semaine médicale. No. 32. p. 373.
90. Marraix, Accès de surdité hystérique avec double conscience. La Presse oto-laryngol. No. 9. p. 403.
91. Masson, L'amaurose hystérique. Thèse de Lausanne. 1911.
92. Matthews, W. J., Cardiac Neuroses. Journ. of Tennessee State Med. Assoc. March.
93. Michaelis, Richard, Ein Beitrag zur Casuistik der hysterischen Dermatosen. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
94. Miller, H. Crichton, Persistent Hiccough. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Neurological Section. p. 158.
95. Mittenzwey, Versuch zu einer Darstellung und Kritik der Freudschen Neurosenlehre. (3. Forts.) Zeitschr. f. Pathopsychol. 2. 79.
96. Miura, K., Hysterie (Schütteln und Aphonie). Neurologia. Bd. XI. H. 2. (japanisch.)
97. Morselli, Arturo, Sulla natura dell' isterismo. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. fasc. 1. p. 134.
98. Morselli, E., La neurastenia degli adolescenti. Mailand. Vallardi.
99. Mouisset, F. et Gaté, J., Troubles psychiques, hystéro-épileptiques chez une cardiaque. Revue de Médecine. Juin. No. 6. p. 428.



100. Müller de la Fuente, Ein Versuch zur Erklärung hysterischer Disposition. Neurol. Centralbl. No. 13. p. 803.
101. Derselbe, Zur Diagnose und Behandlung der reinen Herzneurosen. Therapeutische Monatshefte. Juli. p. 490.
102. Murri, A., Psicopatie gastriche e vomiti incoercibili. Bollet. delle cliniche. No. 1. p. 3. und La Riforma medica. 1911. **27.** 1372.
103. Niessl-Mayendorf, v., Ueber eine Form von hysterischer Gangstörung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 841. **(Sitzungsbericht.)**
104. Niles, George M., Sitophobia: A Digestive Phantasm. Medical Record. Vol. 81. No. 21. p. 987.
105. Novak, E., Certain Gynecologic Aspects of Neurasthenia and Hysteria. Amer. Journ. of Surgery. April.
106. Obraszow, W., Herzneurosen. Russ. Arzt. **11.** 222.
107. Parker, G. M., Newer Meaning of Symptoms in Hysteria. Cleveland Med. Journ. April.
108. Parkes, Gilbert, Paraplegia, Probably Hysterical in Origin. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 23. p. 1205.
109. Pedrazzini, Francesco, Intorno ad un sintoma organico della neurastenia. Gaz. med. lombarda. No. 49. p. 385.
110. Pel, P. K., Hysterische Pseudo-appendicitis. Festschrift H. Treub.
111. Pope, C., Psychogenesis of Hysteria. Kentucky Med. Journal. July 15.
112. Popoff, A. M., Chorea rhythmica hysterica infantum. Ein Fall von kindlicher Hysterie mit motorischen Erscheinungen. Allg. Wiener Mediz. Ztg. No. 15—18. p. 163. 175. 185. 197.
113. Porosz, M., Sexuelle Neurasthenie. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 23. p. 706.
114. Putnam, James J., Sex Issues from the Freudian Standpoint. Medical Record. Vol. 81. p. 918. **(Sitzungsbericht.)**
115. Raimist, J., Hysterie. Zur Frage der Entdeckung hysterischer Symptome. Korsakoffsches Journal. 12 (178.) 517.
116. Ratner, Die unorganischen Erkrankungen des Nervensystems (sogen. Neurosen) und die moderne serologische Forschung. Seroneurologische Anregung. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 28. p. 325.
117. Rauzier, G., Deux cas d'angine de poitrine hystérique chez des aortiques. La Province médicale. No. 5. p. 41.
118. Reed, Ralph, A Case of Hysteria in a Girl of Thirteen Years, Illustrating the Mechanism af an Hallucination. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 19. p. 994.
119. Renaudin, G., Du rôle de la virginité dans l'étiologie de la neurasthénie. Gaz. méd. de Nantes. 1911. No. 48.
120. Reue, Albrecht, Beitrag zur Lehre von den hysterischen Gehstörungen. Inaug.-Dissert. Kiel.
121. Rheins, Über die Nervosität unserer Zeit. Medizin. Klinik. No. 30.
122. Roemheld, L., Der gastro-kardiale Symptomenkomplex, eine besondere Form sogenannter Herzneurose. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 16. H. 6. p. 339.
123. Derselbe, Über die durch abnorme Magenspannung hervorgerufenen Herzbeschwerden der Neurastheniker. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Prof. J. Pal in No. 50. 1911. Medizin. Klinik. No. 14. p. 569.
124. Roger et Baumel, Astasie-abasie trépidante et mutisme hystérique. Montpellier médical. T. 35. p. 291.
125. Rogers, Arthur W., Differential Diagnosis Between Those Conditions Simulating the Symptom-Complex of Neurasthenia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 25. p. 1969. **(Sitzungsbericht.)**
126. Rohde, Max, Zur Genese von „Anfällen" und diesen nahestehenden Zuständen bei sogenannten Nervösen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 4/5. p. 473.
127. Rosenbluth, Benjamin, A Case of Hysterical Hemiplegia, with Spasm of the Hand. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. 1913. Vol. 40. p. 121. **(Sitzungsbericht.)**
128. Roux, Jean-Charles, L'hystérie digestive. Charactères distinctifs et formes cliniques. Int. Beitr. z. Pathol. u. Therap. d. Ernährungsstör. **3.** 367—381.
129. Ruch, F., De quelques avatars de la Neurasthénie et de son traitement moral. Préface du Dr. J. Auclair. Genève. Atar. u. Paris. A. Maloine.
130. Rucker, S. T., Neurasthenia and Psychasthenia — a Difference. Journ. of Arkansas Med. Soc. Febr.
131. Rudnitzky, N. M., Neurasthenie und Tuberkulose. Ein Versuch, aus dem modernen Begriff der Neurasthenie eine Krankheitsform organischen Ursprungs auszuscheiden. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 1. p. 78.
132. Saaler, Bruno, Eine Hysterie-Analyse und ihre Lehren. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 6. p. 866.



133. Sand, Les anomalies de la tension sanguine comme signes objectifs des névroses. Congr. internat. de méd. légales. Bruxelles. 4.—10. Aug. 1910.
134. Santee, H. E., Neuroses and Neuron Concept. Illinois Med. Journal. June.
135. Saranti-Papadopoulo, A., Ein Fall hysterischer Kontraktur. Allg. Wiener Mediz. Ztg. No. 16—17. p. 177. 186. und Gaz. méd. de Paris. No. 136. p. 69.
136. Sauvage, Roger, L'hystérie, dans ses rapports avec les phrénopathies. (Contribution à l'étude de la Nature de l'hystérie.) Toulouse. G. Mollat.
137. Scheuer, Oskar, Syphilidophobie. Dermatol. Zeitschr. Bd. 19. H. 1. p. 46.
138. Schofield, Alfred T. and Leslie, R. Murray, Psychasthenia. Brit. Med. Journal. II. p. 1458. **(Sitzungsbericht.)**
139. Schönfeld, A., Zur Kenntnis der hysterischen kortikalen motorischen Aphasie und Amnesie, Alexie und Agraphie. Wiener klin. Wochenschr. No. 30. p. 1147.
140. Sgalitzer, Max, Ein Fall von hysterischer Selbstverstümmelung. ibidem. No. 3. p. 123.
141. Sidis, B., Der psychische Faktor in der Diagnose und Behandlung funktioneller Krankheiten. The Arch. of Diagnosis. No. 3. u. Freie Übersetzung von Stabsarzt Dr. v. Schnizer-Höxter. Dtsch. Aerzte-Ztg. Heft 24. p. 369.
142. Skliar, N., Zum Wesen der Hysterie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 3. p. 325.
143. Steenbeck, Wilh., Über Hysterie vom versicherungsrechtlichen Standpunkt. Inaug.-Dissert. Bonn.
144. Steyerthal, Armin, Die Hysterie im Lichte der neueren Forschung. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 34. p. 984.
145. Derselbe, Hysterie und Praxis. Medizin. Klinik. No. 31. p. 1267.
146. Derselbe, Altes und Neues über Hysterie. Fortschritte der Medizin. No. 16—17. p. 481. 524.
147. Stoddart, W. H. B., Nature of Hysteria. Clinical Journal. Jan.
148. Derselbe, Hysteria and its Relation to Mental Disease. ibidem. July 31.
149. Strohmayer, Wilhelm. Kinderhysterie mit schweren Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 4/5. p. 599.
150. Derselbe, Schreckhysterie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1767.
151. Strümpell, v. Hysterische Krampfanfälle. Münchener mediz. Wochenschr. 1913. p. 271.
152. Taylor, J. Madison, Neurasthenia in the United States. New York Med. Journ. Vol. XCVI. No. 1. p. 13.
153. Tilanus, C. B., Hysterischer Schulterblatthochstand. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **56.** I. 410. **(Sitzungsbericht.)**
154. Tucker, Beverly R., Some Cases of Hysteria Presenting Symptoms Usually Found Only in Organic Diseases. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 21. p. 1881.
155. Válek, Friedrich, Beitrag zur Kenntnis der Hysterie. Der Militärarzt. No. 15. p. 209.
156. Valle y Aldabalde, Rafael del, Amaurosis histérica. Revista de Medicina y Circurgia práct. p. 377.
157. Voss, G., Neuere Anschauungen über das Wesen der Hysterie. Berliner Klinik. Dez. Berlin. Fischers Mediz. Buchhandlung. H. Kornfeld.
158. Walthard, Max, Über die Bedeutung psycho-neurotischer Symptome für die Gynaekologie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 16. p. 489.
159. Weber, F. Parkes, Two Strange Cases of Functional Disorder with Remarks on the Association of Hysteria and Malingering. International Clinics. 22. S. Vol. I. p. 125.
160. Webster, H. G., Neurasthenia. New York State Journ. of Medicine. March.
161. Williams, T. A., Hysterical Rabies. New York Med. Journ. Jan.
162. Derselbe, Cases of Juvenile Psychasthenia: to Illustrate Successful Treatment. The Amer. Journal. of the Med. Sciences. Dez. p. 865.
163. Derselbe, The Practical Import of Recent Work on Hysteria. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 25. p. 2224.

Kohnstamm's (78) System der Neurosen beruht auf drei Grundpfeilern. Diese sind: das neurodynamische Moment, welches die Somatoneurosen begründet, das Fixationsmoment der „Fixationsneurosen" und das hysterische Moment des „Defektes des Gesundheitsgewissens". Dazu kommen eine Reihe prädispositioneller Faktoren, besonders der charakterologische Faktor, der periodisch-zyklothyme Faktor und der Faktor der Affektivität und Suggestivität.

Als Grundlage der Somatoneurosen ist eine Funktionsabweichung der kleinsten lebenden Einheiten des Nervensystems („Neuro-Bionten") an-



zunehmen. Sie bildet das neurodynamische Krankheitsmoment. Je nachdem das gesamte Nervensystem oder einzelne Systeme als Funktions- und Organkomplexe betroffen sind, unterscheidet man: 1. die Neurasthenie oder reizbare Schwäche, deren typische Reaktionsform durch die Erscheinungen der Ermüdung verschiedenster Ursachen gegeben ist, 2. zerebrale Somatoneurosen (die nicht durch gröbere makroskopisch und mikroskopisch erfaßbare Veränderungen bedingten Epilepsieformen; Migräne; dann an die Psychosen grenzend die Zyklothymie und ihre Steigerung zum manischdepressiven Irresein), 3. Somatoneurosen einzelner Organsysteme (z. B. Bronchialasthma, Colica mucosa, die vasomotorischen Neurosen).

Das über die Fixationsneurosen Gesagte faßt Verf. in folgender Weise zusammen:

„Was für die psychischen Elemente und auf kurze Zeitdauer erstreckt die Perseveration, das ist für psychische Erlebnisse und auf lange Zeitstrecken wirksam die Fixation.“ — „Auf dem Fixationsmoment beruhen die Affektneurosen (Angst- und Zwangsneurosen, Emotionsneurosen), die Suggestionsneurosen (Hysteroid), und die Assoziationsneurosen, nach der psychiotischen Seite hin die Katatonie und die paranoiden Erkrankungen.

Gegenüber den Somatoneurosen erscheinen die wesentlich im Fixationsmoment wurzelnden Neurosen sämtlich als Psychoneurosen.

Als echte Hysterie definiert Kohnstamm jede Neurose, die durch einen Defekt des Gesundheitsgewissens ausgelöst oder unterhalten wird. Unter Gesundheitsgewissen (Gesundheitswillen) ist die persönliche Regelung des auf die eigene Gesundheit bezüglichen Tuns, ins Unterbewußtsein übertragen, zu verstehen. Näheres über die Wirkungsweise des kranken Gesundheitsgewissens wie über die Erklärung und Begründung dieser Theorie muß im Original nachgelesen werden.

Ratner (116) regt an, daß sich die Neurologen der Serumforschung mehr zuwenden sollten. Er meint, daß die Lehre von der Anaphylaxie den Schlüssel zum tieferen Eindringen in das Wesen der Neurosen gibt. Störung der Fähigkeit, das eingeführte heterologe Eiweiß zu entspezialisieren führt zu den krankhaften Erscheinungen der Neurosen. Daher die so häufige nervöse Diarrhoe usw. Die häufigen Magenneurosen und Dyspepsien, Zephalalgie und Ermüdung lassen sich als Reaktion auf die toxische Wirkung des heterologen Eiweises erklären. Die Neurosen sind als Ausfluß der an infantiler Stufe stehen gebliebenen Verdauungstätigkeit der Darmwand in letzter Linie zu betrachten.

Sidis (141) hebt die Wichtigkeit des psychischen Faktors bei der Therapie funktioneller Krankheiten hervor, von dem die Schulmedizin gegenüber der von Kurpfuschern, Gesundbetern usw. gehandhabten Behandlungsweise viel zu wenig Gebrauch macht.

Die psychopatischen Krankheiten der funktionellen Psychosen können rein ideatonell oder emotionell sein (Psychoneurosen), oder den Charakter physischer Störungen mit vorherrschend sensorischen, sensomotorischen oder visceralen Symptomen tragen (Somopsychosen). Beide Arten sind wesentlich psychischen Ursprungs. Die pathognomonischen Charakteristika der funktionellen psychopathischen Krankheiten sind: Dissoziation der geistigen Systeme und Funktion, zyklisches Auftreten von Attacken, Exazerbationen, Remissionen, Bildung von Ideen und Emotionen im Unterbewußtsein und Wirkung infantiler unbewußter Ideen und Emotionen; ferner bewußter Verlust, unterbewußter Erwerb von Funktionen und ausgesprochene Willensschwäche.

Differentialdiagnostisch ist zu berücksichtigen, daß bei den Somopsychosen physikalische und organische Symptome vorherrschen, deren im



Unbewußtsein liegende psychische Ursache der Arzt ergründen muß, während bei den Psychoneurosen die vortretenden rein psychischen Störungen sogar die begleitenden physikalischen Symptome verdecken können.

Die Somopsychosen können physische und organische Störungen simulieren, die Psychoneurose simulieren alle Formen von Geisteskrankheiten.

Alle psychopathischen Affektionen sind im wesentlichen abnorme Formen psychischer Assoziation und Dissoziation.

Ätiologisch fand Verf. in seinen Fällen den zu abnormer Tätigkeit erwachten Furchtinstinkt, die Äußerung des Instinkts der Selbsterhaltung, und zwar bei den Somopsychosen hauptsächlich im Unterbewußtsein, bei den Psychoneurosen mehr oberflächlich.

Der Praktiker soll sich den neutralen Faktor mancher Symptomenkomplexe stets vor Augen halten, da mindestens 75% seiner Patienten Psychopathen sind.

Frank (47) ist mit Bezugnahme auf eine Reihe von ihm genau untersuchter oder analysierter Fälle von Stottern der Ansicht, daß wenigstens ein Teil der Stotterer zu den Angstneurotikern gehört.

Psychoneurotische Kinder sind besonders zu dem direkten Unterbewußtwerden stark affektbetonter Vorgänge disponiert, die dann durch Affektspannung oder assoziative Anregungen wieder bewußt werden und zu peinlich empfundenen Verstellungen führen. Ein hinzutretendes Schreckerlebnis führt dann zu krankhaften Zuständen, deren gemeinsamer Zug in der Verknüpfung von Angst mit einem Vorgang besteht, der bei einem Schreckerlebnis eine wesentliche Rolle gespielt hat.

Beim Entstehen des Stotterns nun verbindet sich in der Schreckhemmung die Angst mit dem Aussprechen von bestimmten Sprachlauten. Durch die Bekämpfung und Verdrängung dieser Angst wird immer mehr Angst aufgespeichert, durch jedes einzelne Spracherlebnis werden neue Assoziationsmöglichkeiten geschaffen. Die aus der Verdrängung sexueller Vorgänge entstandene Angst kann die gewöhnliche Angst der Stotterer steigern.

So erscheint es begreiflich, daß diese Fälle von Stottern nicht dauernd allein durch methodische Übungen zu beseitigen sind.

Verf. gibt seinem Patienten im hypnoiden (Halbschlaf-) Zustand Gelegenheit zum Abreagieren und kombiniert diese Behandlung mit methodischen Sprachübungen.

Mit Rücksicht auf den großen Einfluß des Milieus kann Entfernung des Kindes aus seiner Umgebung notwendig werden. Wichtig ist Einsetzen der Behandlung vor Beginn der Schulzeit mit ihrer reichlichen Gelegenheit zur Verschlimmerung des Leidens, ferner ausreichendes Verständnis und Schulung der Lehrer in der Behandlung stotternder Kinder.

Im Fall von **Bornstein** (19) handelt es sich um ein 14jähriges Mädchen, welches schon als 5jähriges Kind an einer Phobie litt, und zwar wollte sie nicht eine längere Zeit in ein Zimmer hineintreten, wo Bilder an der Wand hingen, sie hatte Angst, die Angst ging erst dann vorüber, als man die Bilder herunternahm. Vor einem Jahre bemerkte die Mutter bei dem Mädchen eigentümliche Bewegungen in der Hand, sie zupfte an der Nase; endlich trat ein Symptom auf, das darin bestand, und auch zurzeit besteht, daß die Kranke dieselbe Phrase oder ein paar Worte immerzu tausendmal wiederholte, wobei sie eigentümliche Kopf- und Handbewegungen machte. Auf Befragen antwortete die Kranke, sie müsse es tun, sie müsse reden, niemand soll reden, nur sie, andere müssen nur sie ansehen, zuhören und ja nicht stören. Der $^1/_2$ jährige Aufenthalt der Kranken im Krankenhaus änderte gar wenig an ihrem Zustande. Die Kranke redet stundenlang allerlei,



manchmal so schnell, daß man sie kaum verstehen kann, öfters wiederholt sie auch das, was man zu ihr spricht, sie wird ganz rot im Gesicht, fällt fast in Ohnmacht vor Anstrengung und redet doch weiter, indem sie ein paar Sätze oder einen Satz oder nur ein paar Worte unzählige Male wiederholt. Auf Vorhalt, sie möge doch aufhören, antwortete sie manchmal, sie müsse alles ausreden, da wird es ihr leichter; sie wird aber kaum fertig, es ist ihr alles eins, was sie redet, die Hauptsache ist das Reden selbst. Während eines Zeitraumes von zwei Wochen ging die Kranke herum und war stumm, wonach wieder das fortwährende Reden sich einstellte. Auf Befragen, warum sie nicht gesprochen hat, antwortet die Kranke, sie müßte schweigen, ganz so, wie sie jetzt schon wieder reden müsse, das sei eben ihre Krankheit. Keine Wahnideen, keine Halluzinationen, keine Störungen der Orientierung. Angesichts des Zwangsartigen des Hauptsymptoms, der kritischen Stellung der Kranken ihm gegenüber und des Empfindens des Redens, als etwas Lästigen, hält Verf. den Fall für eine Zwangsneurose (Rede- und Wiederholungszwang). (*Sterling.*)

Donath (39) bespricht einen Fall von Ereuthophobie (Errötungsfurcht) bei einem 35jährigen Beamten. Der neuropathisch belastete Patient, der schon früh an starker vasomotorischer Erregbarkeit litt, wurde in der Knabenzeit bei einem geringfügigen Anlaß von Altersgenossen wegen seines leichten Errötens verspottet. Bei Wiederholung solcher Szenen verknüpfte sich der dadurch verstärkte Eindruck mit der Angst vor Wiederholung und der Zwangsvorstellung, erröten zu müssen.

Therapeutisch versagte die Hypnose, dagegen waren Isolierung, Alkoholabstinenz, anfangs Sedativa, dann roborierendes Verfahren (Hydrotherapie) besonders aber rationelle Psychotherapie, um so wirksamer.

Rohde (126) bringt die Krankengeschichten von 69 Patienten, die „Anfälle“ gehabt hatten, und zwar faßt er als Anfall jede für mehr oder weniger kurze Zeit plötzlich auftretende Veränderung des Allgemeinzustandes auf, die speziell in einer Trübung bzw. Verlust des Wahrnehmungsvermögens sich äußert, ebenso wie gewisse für bestimmte umschriebene Zeitabschnitte auftretende körperliche Zustände.

Zwischen diesen Anfällen, unter denen sich keine Fälle von genuiner Epilepsie oder reiner Hysterie befinden, wohl aber solche aus dem Gebiet der Affektepilepsie versucht Verf. einen Zusammenhang zu zeigen.

Die Anfälle äußern sich als einfaches Benommenheitsgefühl stufenweise bis zu typisch epileptischen Anfällen ohne sonstige Zeichen von Epilepsie. Die Patienten sind zum Teil Astheniker, unterernährte Menschen mit geringer Widerstandsfähigkeit gegen äußere Einflüsse, speziell auch mit allen Zeichen der Psychasthenie, zum andern Teil Kranke mit depressiver psychopathischer Konstitution. Objektiv ist besonders das Vorhandensein vasomotorischer Störungen von Bedeutung.

Nach ausführlicher Besprechung der Fälle und der verschiedenen in Betracht kommenden Krankheitsbilder, unter eingehender Berücksichtigung der Literatur, kommt Rohde zu folgenden Ergebnissen:

1. Die „Anfälle“ gehören weder dem Krankheitsbild der genuinen Epilepsie zu, denn es fehlt den Fällen stets der progrediente Verlauf, auch in der Regel die Epilepsieheredität.

2. Sie sind auch nicht hysterischer Natur, denn es fehlt sowohl der „Wunsch nach Krankheit“ als auch die „Sucht zu Lug und Trug“, es fehlen die Erinnerungsentstellungen und ausgesprochenen Störungen der Phantasietätigkeit der echten hysterisch-psychopathischen Konstitution, zudem spricht die ganze Art der Anfälle meist dagegen.



3. Sie finden sich bei endogen Nervösen, und zwar solchen mit spezieller Beteiligung des Gefäßapparates oder solchen, bei denen der vasomotorische Apparat auf dem Boden der Erschöpfung (besonders auch der Intoxikation) gelitten hat.

4. Es scheint nach allem das vasomotorische Moment auf dem Boden einer verminderten Widerstandskraft des Zentralnervensystems bei der Genese der Anfälle eine Hauptrolle zu spielen, allerdings meist unter Hinzutreten weiterer ätiologischer Momente. In der Mehrzahl der Fälle des Verf. wird das labile Gefäßsystem durch Intoxikationen, Schädlichkeiten verschiedenster Art, speziell Daueraufregungen auch endogener Art noch weiter erschüttert und dann durch einen akuten Affekt ins Wanken gebracht, so daß „Anfälle" der verschiedensten Art auftreten.

Crocq (29) bringt eine Wiederholung seines auf dem Neurologenkongreß in Brüssel 1906 gehaltenen Eröffnungsvortrags über die Neurasthenie. Er bespricht die Definition, das klinische Bild, die Therapie und kommt zu folgenden Schlüssen:

Es gibt Neurasthenien psychischen und physischen Ursprungs.

Neben den neurastheniformen Zuständen bei beginnenden zerebralen organischen Erkrankungen, bei denen die Behandlung gegen die organische Läsion sich zu richten hat und neben den konstitutionellen neurastheniformen Krankheitsbildern, charakterisiert durch Störungen psychischen Ursprungs, bei denen neben Allgemeinbehandlung (Überernährung, tonisierender und beruhigender Medikation, Hydrotherapie) besonders die Psychotherapie von Wichtigkeit ist, sind die echten erworbenen Neurasthenien zu unterscheiden.

Für deren Behandlung ist vor allem der ätiologische Faktor zu ermitteln. Je nachdem er physischen oder psychischen Ursprungs ist, muß die Therapie vorwiegend physikalisch oder psychisch sein, in allen Fällen aber kombiniert.

Mit demselben Thema beschäftigt sich **Ruch** (129) in einer ausführlichen Studie. Er bespricht u. a. die Prophylaxe des Leidens, die schon in der Jugend und besonders in der Pubertät einzusetzen hat, die Bedeutung der funktionellen Magendarmstörungen, der chronischen Obstipation, der nervösen Genitalstörungen und betont vor allem die Notwendigkeit der psychischen Behandlung aller Symptome. Ein besonderes Kapitel widmet er der Ruhekur, deren therapeutische Bedeutung er hervorhebt.

Bonhoeffer (16) wendet sich gegen die Häufigkeit der Diagnose Neurasthenie. Abgesehen von den nichterkannten Fällen von latentem Karzinom, Addison, Diabetes, Basedow, beginnenden organischen Nervenleiden und toxischen Prozessen (Alc. usw.) liegt der Hauptgrund für die Verwässerung des Neurastheniebegriffs in der Hineinbeziehung sehr verschiedener auf krankhafter Veranlagung erwachsener endogener Zustandsbilder und Krankheitsprozesse.

Es empfiehlt sich vielleicht, dem Wortsinn entprechend die Bezeichnung Neurasthenie für die erworbenen Erschöpfungszustände zu reservieren (Kräpelin, Cramer).

Als Kriterien für die Endogenität der Störung haben zu gelten: Erblichkeit, schon frühzeitig sich kundgebende somatische und besonders psychische Entwicklungsdisharmonien, Temperamentsanomalien. Besonders wichtig ist die konstitutionell hypochondrische, depressive oder hypomanische Veranlagung, dann die Neigung zu periodischen Störungen, von denen am wichtigsten die periodische depressive Stimmungsanomalie ist.

Berücksichtigt man diese Dinge in der Anamnese neben den oft im Vordergrund stehenden nervösen Störungen (periodischer Schlaflosigkeit,



periodischen herzneurotischen Zuständen, Angstträumen, Zwangsdenken, Dyspepsien, Migräne usw.), so ergibt sich, daß die Mehrzahl der Fälle sog. Neurasthenie in die Kategorie der endogenen Störungen gehört.

Bonhoeffer schildert an der Hand einiger Fälle als eines der wichtigsten und häufigsten pseudoneurasthenischen Bilder die leichten endogenen Depressionszustände, entweder auf ausgesprochen manisch-depressivem oder konstitutionell depressivem oder konstitutionell hypomanischem Boden entstanden.

Unterscheidend gegenüber der echten Neurasthenie ist häufig die jähe Verlaufskurve, die primäre Störungsanomalie mit dem charakteristischen Komplex des Insuffizienzgefühls, der Entschlußunfähigkeit und Willenshemmung.

Nicht selten sind interkurrente Stimmungsumschläge nach der heiteren Seite, gesteigertes Mitteilungsbedürfnis (Beziehung zum manischen).

Charakteristischerweise wird neben den körperlichen Klagen der Patienten dem Arzt gegenüber dieser Symptomenkomplex häufig zunächst in den Hintergrund gestellt.

Meist ist der periodische Charakter der Störung festzustellen. Die Kenntnis dieser Zustände ist wichtig vor allem wegen der Prognose. Sie ist für die einzelnen Attacken fast absolut günstig, für die Beurteilung des Einzelfalls ist aber die Suizidgefahr und die enge Beziehung zum manisch-depressiven Irresein zu berücksichtigen.

Über die Beziehungen der Neurasthenie zur Tuberkulose hat **Rudnitzky** (131) an einem größeren Krankenmaterial Untersuchungen angestellt. Aus der Verschiedenartigkeit der Ätiologie, Symptomatologie, des Verlaufs, der Prognose und Therapie der Neurasthenie folgert der Verf., daß der moderne Begriff der Neurasthenie eine Mischung von mehreren einzelnen Krankheitszuständen enthält.

Er scheidet aus dem allgemeinen Begriff der Neurasthenie eine Gruppe als Einzelform aus, für die er den Namen Pseudoneurasthenia tuberculosa vorschlägt.

Diese Form, die der von französischen Autoren beschriebenen Prätuberkulose entspricht, kann durch folgende Unterscheidungsmerkmale charakterisiert werden: 1. Ätiologisch kommen Infektionskrankheiten, besonders Influenza neben verschiedenen schwächenden Momenten an erster Stelle in Betracht. 2. Die Heredität ist vorherrschend eine tuberkulöse. 3. In der Verteilung nach Geschlecht und Alter ist ein Vorherrschen der Frauen und der ersten Reifeperiode zu bemerken. 4. Die Dauer der Erkrankung zählt in mehr als der Hälfte der Fälle nach Monaten. 5. Es wird eine relativ geringe Beteiligung der psychischen Sphäre, dagegen aber neben Erscheinungen allgemeiner Schwäche ein Überwiegen der Sensibilitätsstörungen beobachtet. 6. Charakteristisch ist das fast beständige Vorhandensein einer Verdichtung der rechten Lungenspitze, seltener der linken, und das sehr häufige Vorkommen sogenannter latenter Pleuritiden. Verlauf und Prognose sind bis zu einer gewissen Zeit günstig. Die Therapie ist eine kräftigende, von Medikamenten ist das beste Guajacol. carbon., bei begleitenden Pleuritiden kombiniert mit Arseninjektionen.

In einer vorläufigen Mitteilung versucht **Brook** (23) darzutun, daß in gewissen Fällen von Neurasthenie die Bernheimsche Autointoxikationstheorie mehr ist als eine bloße Annahme. Von der Arbeitshypothese ausgehend, daß eine große Anzahl von Neurastheniefällen auf Resorption toxischen Materials vom Intestinaltraktus aus beruht, untersuchte Verf. systematisch die Fäzes des betreffenden Patienten.



Neben Fällen, in denen die bakteriologische Flora normal schien, fanden sich solche, bei denen das normalerweise vorkommende Bact. coli teilweise oder völlig ersetzt war durch den Streptoc. pyogen. longus, durch einen koliformen Bazillus, oder durch den Bacill. lact. aërogen.

Die Behandlung bestand in Anwendung autogener Vakzine neben saurer Milch und in einigen Fällen intestinalen Antiseptizis.

Brook glaubt, daß die Bakterien in einem direkten kausalen Verhältnis zu diesen Fällen von Neurasthenie stehen, weil bei mehr als der Hälfte der untersuchten Patienten ein abnormes Verhalten der Intestinalflora festgestellt wurde, weil ferner serologische Proben offenbare Infektion durch das abnorme Bakterium ergaben, besonders aber weil unter der angewandten Therapie gleichlaufend mit dem Wiedererscheinen der normalen Intestinalsaprophyten in den Fäzes und Schwinden der anormalen Organismen, eine allgemeine Besserung des Krankheitszustandes eintrat.

Jungklaus (74) hat beobachtet, daß relatives bis absolutes Schwinden des Durstgefühls ein häufiges Symptom der Neurastheniker und Nervösen ist, das, von verschieden langer Dauer, besonders oft emotionelle Krisen begleitet.

Er teilt einen Fall mit, bei dem sich die von Schmidt (Innsbruck) in 3 Fällen beobachtete Übererregbarkeit des Schweißdrüsenapparats zeigte als scheinbare Illustration zu dem auch von diesem Autor vermuteten Zusammenhang zwischen Oligodipsie und uratischer Dyskrasie.

Ein bis dahin völlig gesundes Ehepaar erlitt eine ununterbrochene Kette von Schicksalschlägen, die zu nervösem Zusammenbruch führten. Bei beiden stellte sich völlige Anorexie und Adipsie ein, sehr starke Hyperhidrosis und Obstipation (wöchentlich einmal Stuhl), bei geringer Menge eines hochgestellten Urins. In einer Woche trat bei beiden eine Nierenkolik auf, die bei beiden mit Ausstoßung eines Uratsteins endete.

Hiernach scheint die Annahme einer kausalen Beziehung zwischen Neurasthenie, Oligodipsie resp. Adipsie, Oligurie und uratischer Dyskrasie unabweisbar.

Eine kritische Zusammenfassung der in den letzten Jahren erschienenen Arbeiten, die das Wesen der Hysterie zum Gegenstand haben, gibt **Voß** (157). Seiner Ansicht nach kann das Aufgeben organisch sich heraushebender, wohl charakterisierter Zustände als Krankheitseinheiten nur die subjektive Willkür steigern und die klinische Diagnostik verflachen. Die Hysterie im Sinne von Charcot und Möbius ist, wie die vergleichende Erfahrung lehrt, noch kein überwundener Standpunkt, sondern kann auch heute der praktischen und klinischen Diagnostik als brauchbare Grundlage dienen.

Eine Arbeit von **Williams** (163), die das gleiche Thema mit Rücksicht auf die gezeitigten praktischen Ergebnisse behandelt, bringt nichts wesentlich Neues.

Skliar (142) definiert die Hysterie als eine Psychoneurose, die sich durch eine erhöhte allgemeine affektive Erregbarkeit und Empfänglichkeit des zentralen Nervensystems auszeichnet, infolge deren die Affekte rasch, und zwar reizend oder lähmend auf die verschiedenen Funktionen wirken; besonders ist das egozentrische Gefühl erhöht. Außerdem bildet sich aus dieser Steigerung der allgemeinen affektiven Erregbarkeit die hysterische Suggestibilität aus, infolge deren die stärker oder schwächer affektbetonten Ideen, leicht und rasch vom Individuum aufgenommen, die Neigung haben, rasch in eine Handlung überzugehen oder in ein wirkliches Phänomen umgesetzt zu werden, wie Anästhesien und andere Stigmata, Lähmungen, Krämpfe usw. und dann unter dem Einfluß entsprechender Suggestionen oder Affekte rasch verschwinden.



Infolge der gleichen leichten und starken affektiven Erregbarkeit und der Steigerung des egozentrischen Gefühls zeichnet sich auch das Temperament dieser Individuen durch Unbeständigkeit und Veränderlichkeit der Stimmung, Neigungen, Ideen, Handlungen, des Benehmens und durch das Streben aus, sich durch extravagante Handlungen hervorzutun und die eigene Person zum Mittelpunkt der allgemeinen Aufmerksamkeit zu machen.

Durch eine krankhafte Störung des Trieblebens erklärt **Válek** (155) die Hysterie. Er bezieht sich auf Amerling, der die Tätigkeit des Menschen auf 12 Triebe: Erfindungstrieb, Selbsterhaltungstrieb, Nachahmungstrieb, Familientrieb, Gesellschaftstrieb, Ehrtrieb, Herrschtrieb, Erwerbstrieb, Versöhnungstrieb, Lehrtrieb, Vaterlandstrieb und Religionstrieb zurückführt. Während gesunde Organe normales gesundes Triebleben und damit gesundes Gemüt bedingen, ist das Gegenteil bei kranken Organen der Fall. Verf. nimmt bei der Hysterie Erkrankungen der Organe an, die das höhere seelische Leben besorgen. Beim Gesunden nehmen Suggestionen (Einwirkungen von außen, die die Triebe in Erregung versetzen) und Autosuggestionen (aus den Organen, dem Körper stammende Antriebe) einen normalen Verlauf, ein Kranker reagiert darauf krankhaft. Válek schildert als Beispiel den Fall eines Patienten mit krankhafter Überempfindlichkeit des Selbsterhaltungstriebes.

Müller de la Fuente (100) versucht die Frage nach der Entstehung der hysterischen Disposition auf biologischem Wege zu lösen. Als allgemein angenommene These setzt er voraus, daß die Hysterie in einer Abnormität der psychischen Funktion besteht. Alle menschlichen „Fähigkeiten“ sind abhängig von dem Vorhandensein entsprechender Zentren im Gehirn, neue psychische Qualitäten können mithin nicht erworben werden. — Zu berücksichtigen sind daneben die sogen. „schlummernden“ Anlagen. — Die gegenwärtige hohe Entwicklung des menschlichen Gehirns kann also nur blastogen zustande gekommen sein.

Die prähistorischen Schädelbefunde lehren, daß das Gehirn in seiner jetzigen Form als jüngste menschliche Errungenschaft zu betrachten ist. Wie aber Neuerscheinungen in der organischen Natur nie sofort eine bei der ganzen Gattung allgemein auf gleichem Niveau befindliche Eigentümlichkeit bilden, so ist auch ein allgemein gleicher Hochstand des menschlichen Gehirns wohl noch nicht eingetreten. Daraus erklären sich wieder die bedeutenden Unterschiede in den psychischen Fähigkeiten nicht nur innerhalb der verschiedenen menschlichen Rassen, sondern auch innerhalb derselben Rasse.

Eine ausgesprochene Rückständigkeit auf diesem Gebiet bezeichnet Verf. als psychische Minderwertigkeit. Sie ist direkt als solche vererblich. Vorgetäuscht werden kann sie durch das Vorhandensein schlummernder Anlagen.

Die psychische Minderwertigkeit tritt zutage im psychischen Infantilismus (einen gewissen kindlichen Habitus der seelischen Funktion, besonders des Intellektes) und im psychischen Exaltismus (Beherrschung der Psyche durch gewisse Anschauungen oder Vorurteile, denen mit logischen Vernunftsgründen nicht beizukommen ist). Beide Gruppen finden sich auch auf dem Gebiet des Willens und des Gemüts.

Bei den psychisch Infantilen nun ist, wie der Vergleich der Symptome zeigt, der Ideenkreis, der bei der Hysterie eine so wichtige Rolle spielt, gewissermaßen präformiert, so daß oft eine geringfügige Ursache den hysterisch Disponierten zum wirklichen Hysteriker macht.

Auf psychischem Infantilismus beruht auch in letzter Linie die häufig beobachtete im Grunde meist zwecklose Willensausdauer Hysterischer, ver-



bunden mit der meist lebhaften Phantasie (Unfähigkeit des Intellektes, regulierend einzugreifen).

Was sich nach Ansicht **Steyerthal**'s (144) bei vorurteilsfreier Würdigung der verschiedenen Sentenzen über die Hysterie sagen läßt, ist etwa folgendes: Eine selbständige einige und unteilbare Krankheit „Hysterie" gibt es nicht. Was wir von alters her „hysterisch" nennen, ist ein Komplex von allerhand Ermüdungs- und Erschöpfungszeichen, die nicht für ein bestimmtes Leiden charakteristisch sind. Sie sind gewissermaßen die „Exantheme der Schwäche". Was als „Hysterie" bezeichnet wird, ist eine aus den verschiedensten pathologischen Gebieten künstlich zusammengelesene Gruppe von Krankheitstypen, die nichts untereinander gemeinsam haben als die berühmten Stigmata. Die Hysteriker rekrutieren sich aus den angeborenen Schwachsinnigen einerseits und den Kranken mit erworbener Nervenschwäche andererseits.

Da somit die Hysterie als selbständiger Krankheitsbegriff auseinanderfällt, ist auch die längst überlebte Bezeichnung hinfällig, die stets nur zu Mißverständnissen und Streitigkeiten führt.

Zwei weitere Arbeiten von **Steyerthal** (145, 146) beschäftigen sich mit derselben Frage, ohne neue Gesichtspunkte zu bringen.

Aronsohn (5) meint, daß man bei der Aufstellung der bisherigen Hysterietheorien das Wesen der Erkrankung von zu eng medizinischen Gesichtspunkten aus zu erklären versucht hat und mit Ausnahme von Freud auch ohne Rücksicht auf die Ätiologie, ferner daß man die durch alle neueren Arbeiten erhärtete Tatsache unbeachtet gelassen hat, daß das Wesen der Hysterie unter allen Umständen in einer Charakterveränderung gelegen sein muß. —

Nach Ansicht des Verf. ist die Hysterie nach ihren wesentlichsten Erscheinungen nichts anderes als eine Dulderneurose, hervorgerufen durch den Einfluß der Kultur, die Individuen mit stark exzentrisch gerichteter Denkweise zu einer Charakterveränderung zwingt, um ihre Anpassung an den Gesamtwillen wenigstens äußerlich herbeizuführen, aber sie nicht zugleich in die Lage setzt, den überstarken Eigenwillen auch innerlich zu überwinden. Die Erscheinungen erklären sich aus dem restlosen Streben der Kranken, sich und anderen ihr Duldertum zu beweisen.

Von diesem Standpunkt aus kann man die Krankheit in ätiologischer Beziehung als Einheit betrachten, es erhellt die große Rolle des Sexualtriebs, als eines der wichtigsten Komponenten des exzentrisch gerichteten Eigenwillens, und die Tatsache, daß es bei beiden Geschlechtern Hysteriker geben muß.

Vom Standpunkt der Dulderneurose kann auch die Behandlung nur eine ursächliche sein, darin bestehend, den hysterischen Eigenwillen in richtige Bahnen zu lenken. Die wichtigste Aufgabe fällt dabei der Erziehung zu.

Eine längere Abhandlung von **Babinski** und **Dagnan-Bouveret** (6) beschäftigt sich mit der Frage, ob eine Aufregung für sich allein hysterische Erscheinungen erzeugen kann.

Die Aufregung (émotion) wird zunächst definiert als eine brüske Änderung des Affektgleichgewichts, die unter dem Eindruck einer plötzlichen Vorstellung eintritt und für eine im allgemeinen ziemlich kurze Zeit das physiologische und psychische Gleichgewicht unterbricht. Dabei ist die eigentliche Aufregung (émotion choc) von dem Affektzustand (émotion lente, état affectiv) zu unterscheiden, der sich meist an die erstere anschließt und durch das Hinzutreten der Überlegung gekennzeichnet wird.

Die Affektzustände werden wieder in zwei Gruppen eingeteilt: eine, die die „diffusen", d. h. nicht systematisierten Zustände umfaßt, und eine



zweite, in welche die „systematisierten“ Affektzustände gehören, insbesondere Furcht und Hoffnung.

Um die Rolle der Aufregung bei der Genese der hysterischen Phänomene zu studieren, muß man zwei Gruppen von Symptomen unterscheiden:

1. Die der Suggestion und Gegensuggestion zugänglichen Erscheinungen, wie Krämpfe, Lähmungen, Kontrakturen, Sprachstörungen, Sensibilitätsstörungen; also die „hysterischen Symptome“ (pithiatiques).

(Diese können auch vollkommen durch absichtliche Simulation hervorgebracht werden, so daß man zu dem Schluß berechtigt ist, daß die Hysterischen in der Art unbewußter Halbsimulation, die das Wesentliche ihrer psychischen Störung ausmacht, nichts hervorbringen können, was sie nicht gleicherweise mit vollbewußtem Willen verwirklichen könnten.)

2. Symptome, auf die die Gegensuggestion nicht wirkt, und die nicht vom Willen des Kranken abhängig sind, wie allgemeine Reizung der Sehnenreflexe, der motorischen Reflexe, Herzpalpitationen, vasomotorische Störungen, abundante Darm- und Schweißsekretion.

(Sie werden aber bei Patienten mit hysterischen Symptomen nicht häufiger als bei normalen, nur leicht erregbaren Individuen angetroffen.)

Die Verf. haben nun ausgedehnte Erhebungen über die Häufigkeit des Auftretens hysterischer Erscheinungen bei plötzlichen Aufregungen angestellt. Aus diesen Erhebungen ziehen sie den Schluß, daß die plötzliche Aufregung allein keine hysterischen Störungen herbeiführt.

Man kann sogar sagen, daß wenn die Aufregung durch Schwächung des kritischen Sinnes den Geist darauf vorbereitet, der Suggestion zu verfallen, sie letztere für den Moment ausschließt und, wenn sie intensiv ist, die Entwicklung pithiatischer Phänomene hindert. Denn während beim Affektchok eine Menge von Vorstellungen kaleidoskopartig auf den Geist eindringt, verlangt die Suggestion eine, wenn auch unbewußte Konzentration der Aufmerksamkeit. Aus diesem Grund lassen auch heftige Aufregungen hysterische Symptome verschwinden.

Alle hysterischen Symptome haben zu ihrer Entstehung das Hinzukommen einer suggerierten Vorstellung nötig. Eine Rolle spielen hierbei die systematisierten Affektzustände (siehe oben), insbesondere Furcht und Hoffnung, insofern als sie in die ideomotorischen Komplexe eindringen können. Sie fixieren die Vorstellung und geben ihr Plastik. Sie ziehen z. B. die Aufmerksamkeit auf die Vorstellung einer Krankheit oder irgendeines neuropathischen Zufalls, und es übertragen sich die repräsentativen Elemente dieser Vorstellung in motorische oder sensible pithiatische Störungen, Erscheinungen der Suggestion im eigentlichen Sinne.

Im Anschluß an die Wiedergabe zweier Krankengeschichten bespricht **Weber** (159) die Beziehung der Hysterie zur Simulation.

Verf. glaubt, daß von phylogenetischem Gesichtspunkt die Hysterie als eine pathologische Übertreibung oder Störung gewisser „tertiärer“ (nervöser) weiblicher Geschlechtscharaktere betrachtet werden kann. Gelegentliche Fälle männlicher Hysterie wären auf das Vorkommen und die Störung sogenannter tertiärer weiblicher Geschlechtscharaktere beim Mann zurückzuführen. Beispielsweise sieht Verf. in hysterischen Störungen der Zirkulation (Herzklopfen, vasomotorischen Störungen) eine Übertreibung der normalen vasomotorischen Erregbarkeit junger Mädchen, die einen Teil ihrer Anziehungskraft für das andere Geschlecht darstellen; in der Suggestibilität die Übertreibung der Tendenz, sich der männlichen Autorität zu beugen.

Was die Frage der hysterischen Simulation betrifft, so mußte seit prähistorischen Zeiten Simulation oder Täuschung der verschiedensten Art



oft dem schwächeren weiblichen Geschlecht zum Schutz vor dem stärkeren männlichen dienen, oder dazu, ihm gegenüber seinen Willen durchzusetzen. Durch den natürlichen Vorgang des Überlebens des Passendsten wuchs diese Gabe und wurde zum „tertiären" Geschlechtscharakter. Als eine Übertreibung dieses Geschlechtscharakters stellt sich demnach das hysterische Lügen, die hysterische Simulation dar.

Im kindlichen Alter finden sich hysterische Zustände, wie die Untersuchungen **Collin**'s (26) ergaben, nicht unter den nervösen erregbaren Kindern, sondern gerade unter den von Eltern und Erziehern als ruhig bezeichneten.

Unter diesen letzteren gibt es eine Gruppe, die als gemeinsame Charakteristika einmal eine toxisch-infektiöse hereditäre Belastung (meist Tuberkulose oder Alkoholismus), ferner eine allgemeine oder teilweise Verzögerung der körperlichen Entwicklung, endlich eine große Suggestibilität und stark entwickelte Einbildungskraft hat. Nur diese Gruppe von Kindern soll man als hysterisch bezeichnen, und unter ihnen hat Verf. die ganze Reihe der hysterischen Zustände gefunden.

Beim Vorhandensein der genannten kongenitalen Charakteristika und bei der Geringfügigkeit der Ursachen, die zur Manifestation der Hysterie nötig sind, läßt diese im allgemeinen nicht lange auf sich warten. Spät auftretende „hysterische" Erscheinungen müssen daher mit Vorsicht aufgenommen werden.

Therapeutisch ergibt sich, daß dem körperlichen Zustand ausreichende Sorge gewidmet werden muß. Außer einer Gegensuggestion im gegebenen Fall ist jede unzeitige Psychotherapie zu vermeiden.

Strohmayer (149) beschreibt einen Fall von Schreckhysterie bei einem 14jährigen Kinde mit exquisit polysymptomatischem Krankheitsbild. Es traten Schreikrämpfe auf, kataleptische Anfälle, Schmerzen, Dysbasie, dann vollkommene Abasie und Astasie; später Paraplegie der Beine mit rapid sich entwickelnden Kontrakturen, kutane Empfindungsstörungen in wechselnder Intensität und regionärer Anordnung, hochgradige Störungen der Lage- und Bewegungsempfindungen aller vier Extremitäten und der Augenmuskeln, und in deren Gefolge schwerste Ataxie der Arme und Beine.

Verf. wagt bestimmt zu sagen, daß hier keine sogenannte organische Erkrankung in Frage kommt, mit der Einschränkung, daß er überhaupt der Meinung zuneigt, die Hysterie stehe oft mit einem Fuße im „Organischen". Fälle wie der vorliegende machen es sehr schwer anzunehmen, die Hysterie mit ihren massiven Symptomen lasse sich restlos aus psychischen Vorgängen erklären.

Reue (120) berichtet über einen von Siemerling beobachteten Fall von hysterischer Abasie-Astasie, der anfangs irrtümlich auf eine Spondylitis tuberculosa bezogen worden war.

Karlow (75) beschreibt einen Fall (10jähriger Knabe) von „Hysterie", der Ähnlichkeit mit einer akuten Poliomyelitis zeigte. Infolge eines leichten Traumas entwickelte sich rasch eine Unfähigkeit, zuerst die Extremitäten der rechten und danach auch der linken Seite ebenso wie den Rücken zu bewegen; Patient war apathisch. Die Untersuchung zeigte jedoch, daß keine wahre Lähmung, sondern ein kataleptischer Zustand vorlag; nach drei Tagen waren sämtliche Symptome wieder fort. Keine nervöse Belastung, keine anderen nervösen Zeichen, körperliche Gesundheit. (*Sjövall.*)

Die Beobachtung einer anfangs als Koxitis gedeuteten hysterischen Hüftgelenkskontraktur führte **Saranti-Papadopoulo** (135) zu dem Schluß, daß die Hysterie nur sehr ungenau die als Koxalgie bekannte Krankheit simulieren kann.



Heinicke (61) schildert einen Fall von „Sein hystérique". Bei einer Strafgefangenen, die bereits wegen hysterischen Irreseins in einer Irrenanstalt gewesen war, zeigte sich Anschwellung der Brüste und reichliche Sekretion einer mikroskopisch vereinzelte Leukozyten und Fettröpfchen enthaltenden Flüssigkeit, gleichzeitig mit starken Schmerzen in der Brust und Hyperalgesie der betreffenden Partien. Eine auslösende Ursache wurde nicht gefunden.

Illoway (69) sah einen Fall von hysterischer Darmparalyse, der von den bisher beschriebenen in der Länge der Zeit, die die Obstruktion anhielt (15 Tage), und im Fehlen aller anderen Erscheinungen, die sonst gewöhnlich den Pseudoileus begleiten, abweicht. Der Fall rechtfertigt nach Ansicht des Verf. die von Rosenheim vorgeschlagene Aufstellung einer Gruppe von Darmparalyse, in der die Atonie der Eingeweide unbemerkt in Darmparalyse übergeht.

Stuhlentleerung erfolgte nach 15 Tagen auf hohen Einlauf unter Zusatz von Rizinus und Asa foetida und Asa foetida per os.

Dölger (38) gibt die Krankengeschichte eines 20jährigen hereditär belasteten Füsiliers, bei dem sich im Verlauf von acht Tagen ohne besondere Ursache eine absolute Taubheit für Sprache und Töne beiderseits entwickelte, ferner hochgradige Herabsetzung der Erregbarkeit des Vestibularapparats. Daneben bestand eine eigentümliche Ausbreitung anästhetischer und hyperästhetischer Zonen am ganzen Körper, die auf eine funktionelle Störung hinwies. Nach einem nervösen Anfall mit Bewußtseinstrübung und vorübergehender Pupillenstarre kehrte plötzlich völlig normales Hörvermögen zurück, während die Hypästhesie des N. vestibularis zunächst noch weiter bestehen blieb. Der Patient wurde wegen schwerer Hysterie als dauernd dienstunfähig entlassen.

Marinesco (89) beschreibt einen Fall von respiratorischer Hysterie mit Kontraktur der Stimmbänder, dessen physiologischen Mechanismus er sich folgendermaßen erklärt: Es gibt eine anormale Erregung der respiratorischen Rindenzentren, die im Bulbärzentrum wiederklingt. Dieser Phase der Erregung entspricht eine Polypnoe, an der alle respiratorischen Muskeln des Brustkorbs teilnehmen. Nach einer verschieden langen Zeit vollzieht sich eine Auflösung des Gleichgewichts in der Funktion: Vorherrschen der Erregung der Glottiskonstriktoren mit gleichzeitiger Hemmung des bulbären Respirationszentrums; es kommt zur Kontraktur der Stimmbänder und Respirationspause.

Die Tatsache, daß hier die hysterischen Störungen sich im Gebiet der automatischen Muskeln abspielen, stützt nach Ansicht des Verf. die Hypothese, daß, wenn man die überwiegende Rolle der Suggestion zugibt, diese, oft unbewußt, sich mittels unfreiwilliger Reaktionen dokumentiert. Dies ist vielleicht auch der Grund, weshalb der unter Suggestion stehende Hysteriker sich nicht völlig über die Ursache seiner Störungen Rechenschaft gibt und an ihre Realität glaubt.

Kohrt (80) kommt nach Durchsicht der Literatur über bei Hysterie vorkommende Störungen im Bereich der Augenmuskulatur zu dem Schluß, daß solche Störungen an die normalen Innervationsvorgänge gebunden sind. Es muß bezweifelt werden, daß es hysterische Kontraktionszustände einzelner äußerer Augenmuskeln, sowie des Akkommodationsmuskels gibt, ferner, daß isolierte Kontraktionen einzelner Augenmuskeln und die Dissoziation des Auges auf hysterischer Basis überhaupt vorkommen.

Schönfeld (139) sah bei einer 18jährigen Dienstmagd eine hysterische kortikale motorische Aphasie. Der Fall, gegen dessen organische Entstehung



eine Anzahl von Gründen angeführt werden, bildet nach Ansicht des Verf.s das letzte Glied, welches zum Nachweise fehlte, daß sämtliche Formen organischer Aphasie auch auf hysterischer Grundlage nebst der gleichartigen oder ähnlichen Beschaffenheit ihrer Begleitsymptome entstehen können.

Hirsch (64) beobachtete bei einer Patientin, die wegen angeblicher Menstruationsanomalien nach einer größeren Anzahl voraufgegangener Operationen mit Röntgenstrahlen behandelt wurde, eine ausgedehnte Hautnekrose, und zwar nachdem anläßlich einer Demonstration die Patientin von den Gefahren der Strahlen für die Haut gehört hatte. Die Affektion wurde zunächst für eine Röntgenverbrennung gehalten, bis sich herausstellte, daß die Kranke den Leib nach jedem Verbandwechsel mit einer Flüssigkeit, angeblich zur Linderung der Schmerzen (Salzsäure?), betupft hatte. Unter scharfer Bewachung trat in kurzer Zeit völlige Heilung der Hautaffektion ein.

In einem von **Sgalitzer** (140) mitgeteilten Fall von hysterischer Selbstverstümmelung hatte sich eine Patientin ein größeres Stück Stanniol in der Gegend des Handgelenks unter die Haut geführt, später mehrere mit Widerhaken versehene Eisennägel.

Eckert (42) berichtet über zwei durch kalorische Schädlichkeiten bei Soldaten ausgelöste hysterische Anfälle. Bei dem ersten Patienten trat der Anfall nach hohem Fieber infolge Mandelentzündung auf. Patient hatte schon als Kind wiederholt Krampfanfälle gehabt, bei dem zweiten nach einem längeren Marsch bei heißer schwüler Witterung.

Der erste Fall kann nach Ansicht des Verf.s als Beweis dafür gelten, daß schon kurz andauerndes Fieber als kalorischer Reiz bei hysterisch veranlagten Personen schwere hysterische Zustände auslösen kann.

Im zweiten Fall wurde der Anfall vermutlich durch den kalorischen Insult der Wärmestauung ausgelöst. Verf. weist hierbei auf die Wichtigkeit der Differentialdiagnose gegenüber dem Hitzschlag hin, da bei vorliegender Hysterie die Dienstentlassung in Betracht kommt.

Broese (22) veröffentlicht die Krankengeschichte eines aus gesunder Familie stammenden Soldaten, von vollständig normaler Entwicklung ohne irgendwelche Zeichen einer psychopathischen Konstitution, der plötzlich ohne jede Ursache physischer oder psychischer Art in einen hysterischen Dämmerzustand von 25½ stündiger Dauer verfiel. Seit dem Erwachen aus diesem Anfall ist der Patient abgesehen von einer totalen Amnesie, soweit bisher zu übersehen, völlig gesund. Er wurde als dienstunbrauchbar entlassen.

Von 4 Fällen **Tucker**'s (154), deren hysterische Genese die Beobachtung in der Folgezeit bewies, handelte es sich im ersten Fall um eine rechtsseitige hysterische Lähmung mit Pseudoaphasie, im zweiten Fall um eine vorübergehende Incontinentia urinae et alvi, im dritten Fall um eine Amblyopie eines Auges; im vierten Fall endlich wurde das Fehlen der Kniesehnenreflexe beobachtet, die auch mit den üblichen Kunstgriffen nicht auszulösen waren. Bei der Mutter dieser letzten Patientin sowie bei einer Cousine mütterlicherseits konnten ebenfalls keine Patellarreflexe ausgelöst werden.

Saaler (132) gibt die ausführliche Analyse eines Hysteriefalles, die ergab, daß es sich bei der Neurose um die Folge eines Versuchs handelte, eine sexuelle Perversion (Coitus per os) zugunsten normaler sexueller Betätigung aufzugeben.

Verf. knüpft zum Teil sehr weitgehende Schlüsse an die Analyse, von denen hier nur mitgeteilt werden mag, daß sie den Beweis für die Existenz einer infantilen Sexualität liefern soll, auf deren Boden die Perversion entsteht, und die wahrscheinlich der männlichen Komponente der bisexuellen Anlage des Menschen entspricht, daß ferner Sexualzentren im Gehirn existieren,



möglicherweise ein vorwiegend männliches in der rechten, ein vorwiegend weibliches in der linken Hemisphäre, daß schließlich die Fließsche Lehre von der 28- und 23 tägigen Periodizität des biologischen Geschehens durch die Krankengeschichte gestützt sowie der Nachweis für die Richtigkeit der Fließschen Theorie von dem Zusammenhang zwischen Nase und Geschlechtsorgan erbracht wird.

Williams (162) bringt 6 Krankengeschichten von psychasthenischen Kindern, deren Symptome er durch Psychoanalyse beseitigt hat. Er fordert zur häufigeren psychoanalytischen Behandlung der Kinder auf, da gerade bei diesen infolge der weniger komplizierten Gedankenzusammenhänge die Analyse verhältnismäßig leicht und meist auch weniger zeitraubend ist. Analyse und Therapie erfordern hier keine spezielle Geschicklichkeit, sondern nur ein ernstliches Studium der kindlichen Denkweise.

Zwischen primärer Myopathie (Typus Landouzy-Dejérine) und Hysterie schwankte die Diagnose bei einem von **Hougardy** (65) mitgeteilten Fall. Es handelte sich um einen 26 jährigen Mann, der seit einigen Monaten an progressiver Muskelschwäche litt. Beteiligt waren besonders die Muskeln des Gesichts und des Schultergürtels, zunächst mit Verschonung der Vorderarme und der Hände. Es bestand starke Atrophie ohne fibrilläre Zuckungen und ohne Entartungsreaktion. Differentialdiagnostisch wurden noch Myasthenie und diphtherische Lähmung in Betracht gezogen, doch sprachen wesentliche Momente für Hysterie.

Goett (55) bespricht Pathogenese, Diagnose und Therapie eines Falles von psychogener Akinesie bei einem 12 jährigen Knaben, den er als einen auf dem Boden der neuropathischen und psychopathischen Konstitution erwachsenen Komplex neurasthenischer und hysterischer Symptome, als eine schwere Neurose auffaßt. Bei der Behandlung solcher Fälle sind alle eingreifenden Prozeduren zu meiden, sie darf nur vorsichtig unter eingehender Berücksichtigung der Psyche vorgehen.

An 6 Krankengeschichten (2 multiplen Sklerosen, 2 Tabesfällen, 1 Katatonie, 1 Dement. praec.) zeigt **Hudovernig** (66), daß bei organischen Erkrankungen des Nervensystems vor der klinischen Nachweisbarkeit der organischen Erkrankung die Symptomenkomplexe einer funktionellen Neurose (Hysterie, Neurasthenie) einige Zeit lang bestehen können. Verf. rechnet hierzu nicht die Fälle, wo ein bisher neurasthenisches oder hysterisches Individuum organisch erkrankt, noch die, wo ein bestehendes Nervenleiden durch somatische oder psychische Momente zur Entwicklung einer Neurasthenie führt, vielmehr solche, wo im Entwicklungstadium einer organischen Erkrankung bis dahin nicht vorhandene neurasthenische oder hysteriforme Erscheinungen auftreten, die später bei vollständig entwickeltem organischen Prozeß wieder schwinden. Besonders häufig zeigen sich diese prodromalen neurasthenischen oder hysteriformen Erscheinungen im Initialstadium der multiplen Sklerose und der Dementia praecox.

Hudovernig glaubt, das Wesen dieser Erscheinung als eine inadäquate Reaktion auf die einwirkenden Reize ansprechen zu können. Es kann seiner Ansicht nach nicht bezweifelt werden, daß eine beliebige chronische organische Erkrankung des Nervensystems nicht sofort mit den allerschwersten anatomischen Veränderungen einsetzt, sondern erst mit initialen Veränderungen beginnen muß, welche anfänglich nur veränderte Nutrition und Funktion des Nervensystems hervorrufen und nach außen zunächst nur eine pathologische Funktionsveränderung des Nervensystems verursachen werden. Wenn später die anatomische Veränderung die schwereren klinischen Symptome hervorruft, unterdrücken diese die einleitenden funktionellen und nutritiven Störungen.



Zum Auftreten solcher neurasthenischen oder hysteriformen Erscheinungen ist entweder eine angeborene Debilität oder Minderwertigkeit des Nervensystems, oder eine erworbene, in äußeren Ursachen zu suchende verminderte Widerstandsfähigkeit erforderlich.

Mouisset und **Gaté** (99) haben bei einer Kranken mit Mitralstenose während einer progressiven Asystolie und gleichzeitiger Perikarditis und mediastinaler Pleuritis das Auftreten von psychischen Störungen, und von krampfartigen Armbewegungen beobachtet. Es bestand niemals Amnesie und nach Versicherung des Kranken nie Bewußtseinsverlust. Doch war teilweise deutlicher Automatismus der Krisen festzustellen. Persönliche oder hereditäre nervöse Antezedenzien fehlten. Die Autopsie ergab keine sichtbaren Läsionen des Gehirns oder der Meningen (leider wurde keine histologische Untersuchung gemacht).

Die Verff. bezeichnen diese Anfälle als psychische hysteroepileptische Störungen und glauben, daß keine der bisherigen Theorien über derartige Erscheinungen bei Herzkranken zur Erklärung ausreicht. Auch ein positives Resultat einer histologischen Gehirnuntersuchung hätte nicht allein genügt, notwendig ist eine Prädisposition zur Erklärung mit heranzuziehen. Es ist anzunehmen, daß hier das Gehirn ebenso wie die übrigen Organe unter den Folgen einer Blutstauung litt. Unter dem doppelten Einfluß der gehemmten Zirkulation und der Intoxikation infolge der gleichzeitigen Serositis reagierte es entsprechend einer Übererregbarkeit, die bisher sich zu manifestieren noch nicht Gelegenheit gehabt hatte.

Die hysterische Angina pectoris ist Gegenstand einer Arbeit von **Rauzier** (117). Die Anfälle kommen hauptsächlich bei Frauen vor, meist gleichzeitig mit somatischen oder psychischen hysterischen Störungen, bisweilen als erste Manifestation der Neurose. Vasomotorische Störungen sind häufig Begleitsymptome. Die Kranken klagen über einen mehr lanzinierenden als zusammenziehenden Schmerz, Herzklopfen und andauernde Atemnot bei objektiv meist normalem Herzbefund. Der Anfall beginnt oft mit einer Aura und endet gewöhnlich mit reichlicher Urinausscheidung oder Tränenausbruch, wiederholtem Aufstoßen, Gähnen. Die Dauer schwankt von Minuten bis zu mehreren Stunden.

Der Ursprung kann auf Suggestion oder seltener auf nervöse Topoalgien zurückzuführen sein, die durch häufig dem Patienten selbst unbewußte organische Herzläsionen bedingt sind.

Diagnostisch ist Neuralgia diaphragmatica auszuschließen, charakteristisch ein periodisches Auftreten. Die Angina hysterica kann einer echten Angina pectoris aufgepfropft sein. Streng zu trennen ist sie von anderen Formen funktioneller Angina pectoris (z. B. bei Neurasthenie, Dyspepsie usw.). Therapeutisch sind neben Brom, Valeriana usw. Elektrisation, vorsichtige Hydrotherapie, vor allem Psychotherapie, Wachsuggestion anzuwenden.

Michaelis (93) teilt in seiner sehr lesenswerten Dissertation drei Fälle hysterischer Dermatosen aus der Heidelberger dermatologischen Klinik mit. Es handelt sich um weibliche Patienten, von denen die beiden ersten Patientinnen deutliche hysterische Stigmata aufwiesen, die aber bei der dritten Patientin fehlten. Ob es sich nicht bei den beschriebenen Dermatosen, zum Teil geschwüriger Natur, um absichtliche Artefakte handelt, hält Michaelis für nicht sicher ausgeschlossen. (*Bendix.*)

Müller de la Fuente (101) macht darauf aufmerksam, daß Herzneurosen ganz für sich bestehen können, während sie diagnostisch meist als Beginn einer organischen Herzerkrankung oder als Begleiterscheinungen einer bestehenden Neurasthenie aufgefaßt werden. Er bringt einige von ihm beob-



achtete differentialdiagnostische Merkmale, ohne jedoch eine unbedingte und auf alle Fälle anwendbare Gültigkeit für sie zu beanspruchen.

Vorwiegend tritt die reine Herzneurose bei Frauen auf (Klimakterium, Pubertät usw.), bei Männern häufiger durch Überanstrengung (Abusus von Alkohol und Nikotin ist auszuschließen).

Das Leiden setzt langsam, schleichend ein, entwickelt sich aber dann viel rascher zu voller Höhe als die organischen Erkrankungen. Der Blutdruck ist meist wenig oder gar nicht verändert, sehr häufig wird „fluttering heart“ beobachtet. Die Anfälle werden im Gegensatz zu den bei Neurasthenie oder seltener Hysterie vorkommenden Herzbeschwerden durchaus nicht immer durch eine bestimmte Ursache ausgelöst. Dem Neurastheniker gegenüber ist der reine Herzneurotiker in der anfallsfreien Zeit beschwerdefrei.

Bei der Behandlung ist vor lediglich symptomatischen medikamentösen Mitteln zu warnen, besonders vor Digitalis und Strophantus, die zwar zunächst am promptesten wirken, aber bei längerem Gebrauch verschlimmern.

Am ehesten ist zu Jod (Jodglidine) zu raten. Obenan stehen die physikalischen Methoden, vor deren kritikloser Anwendung aber zu warnen ist. Kalte Prozeduren sind, außer symptomatisch im Anfall (Eisblase), kontraindiziert, auch laue oder warme Duschen zu Beginn zu vermeiden, zu empfehlen dagegen laue Bäder oder Packungen, vorsichtige Kohlensäurebäder, sehr nützlich verschieden temperierte, gegen die Herzspitze gerichtete Luftströme. Wichtig ist die psychische Behandlung, ferner Diätregelung.

Herz (62) unterscheidet unter den Herzneurosen 6 Gruppen, die einigermaßen streng umschriebene typische Symptomenkomplexe darstellen:

1. Die paroxysmale Tachykardie, charakterisiert durch die anfallsweise auf 100—300 und mehr steigende Pulsfrequenz, vermutlich extrasystolischer Natur, meist ohne Veränderung des physikalischen Herzbefundes.

2. Vagusneurosen; Bradykardie, die häufig von entfernten Organen (Magendarm, weibliche Genitale) reflektorisch ausgelöst wird, von Eppinger als Vagotonie bezeichnet.

3. Phrenokardie, charakterisiert durch eine eigentümliche Behinderung der Atembewegungen („Atemsperre“), durch den sog. Herzschmerz (wahrscheinlich Zwerchfellschmerzen, „Phrenodynie“) und durch Herzklopfen. Ätiologisch treten bei dieser Form sexuelle Momente in den Vordergrund.

4. Die Neurasthenie des Herzens, die uns einen Ausschnitt aus dem großen Komplex der Neurasthenie darstellt. Hervortretendes Symptom ist der Schmerz oder eigentümliche peinliche Sensationen in der Herzgegend, daneben kommt Angst und Herzklopfen vor.

5. Die Herzhypochondrie, die aber in schwereren Fällen als Psychose aufzufassen ist.

6. Die hypotonische Bradykardie mit Herabsetzung des systolischen Blutdrucks und wenigstens zeitweiser Verlangsamung der Herztätigkeit. Neben Herzklopfen, Herzschmerzen usw. dominiert hier eine starke Alteration des Allgemeinbefindens.

Die Therapie ist bei der paroxysmalen Tachykardie und der Herzhypochondrie nur selten erfolgreich, bei den anderen Formen ist psychische und physikalische Behandlung mit Erfolg anzuwenden.

In einer weiteren Arbeit beschäftigt sich **Herz** (63) mit der Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Arteriosklerose und Herzneurose.

Verf. gibt einige Anhaltspunkte, die sich auf die Anamnese beziehen, wie die Heredität, psychische Momente, die Form, in der sich die Patienten über ihre Schmerzen äußern, und den Sitz dieser Schmerzen, ferner auf das Herzklopfen, respiratorische Symptome und die Extrasystolen.



Roemheld (122, 123) weist in zwei Arbeiten auf die Wichtigkeit eines Symptomenkomplexes hin, der in einer leichten Erregbarkeit und abnormen Beweglichkeit des Herzens besteht, zusammen mit „chronischer Magenblase“ oder allgemein chronischer abnormer Luftansammlung unterhalb der linken Diaphragmahälfte. Dieser „gastrokardiale“ Symptomenkomplex fixiert sich, wenn er nicht beseitigt wird, und kann direkt in organische Veränderungen übergehen.

Subjektiv tritt besonders die Beeinflussung des Herzens durch die Magendarmtätigkeit hervor. Hierfür kommt das mechanische Moment der Raumbeengung im Thorax in erster Linie als Ursache in Betracht, daneben vielleicht reflektorisch wirkende Reizung der Vagusäste im Magen und Autointoxikationszustände.

Die Prognose ist bei rechtzeitiger Behandlung günstig. Sichere Diagnose ist nur röntgenologisch zu stellen. Die Therapie besteht in Aufklärung des Patienten über die Natur des Leidens, Diätvorschrift und Erziehung zu richtiger ausgiebiger kostoabdominaler Atmung.

Halbey (59) beobachtete bei einem Patienten mit der Diagnose Hystero-Neurasthenie auf der Basis einer Anämie mit hysterischen Dämmerzuständen folgendes eigenartiges Verhalten des Pulses. Der gewöhnlich leicht unregelmäßige und inaequale rechte Radialpuls wurde plötzlich nicht mehr fühlbar, trat erst nach 1—1½ Minuten wieder auf, mit jedem Schlage stärker, währenddessen der linke Radialpuls voll und kräftig schlug, bis er gleichfalls kleiner wurde und ganz verschwand, als der rechte sich wieder zeigte. Dabei wurden keinerlei sonstige subjektive oder objektive Erscheinungen beobachtet.

Halbey nimmt an, daß es sich ursächlich um eine krankhafte Störung des Sympathikus handelt und zwar, daß sich auf dem Boden der nervösen Erschöpfung, der hystero-neurasthenischen Konstitution, ein krampfartiger Zustand der Vasokonstriktoren einstellte. Er schlägt die Bezeichnung Asphygmia alternans vor. Das Fehlen jeder anderen objektiven und subjektiven Beschwerden, jeder sichtbaren vasokonstriktorischen Erscheinungen, machen es unwahrscheinlich, daß der Fall zu den vasokonstriktorischen Neurosen zu rechnen ist. Patient gab Alkohol- und Nikotinmißbrauch (Zigaretten) zu.

Die Bedeutung psychoneurotischer Symptome für die Gynäkologie bespricht **Walthard** (158). Bei der Prophylaxe der sogenannten Ausfallserscheinungen (Blutwallungen, Herzklopfen, Schlaflosigkeit usw.) kommt es nach Ansicht des Verf. weniger auf Erhaltung eines oder beider Ovarien an, als darauf, bei der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen am weiblichen Genitale, die gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems zu berücksichtigen, deren Ursache bei vielen Patientinnen in ihrer pathologischen Denkweise beruht (Psychoneurosen). Es ist ratsam, Patientinnen mit ausgesprochener psychoneurotischer Anlage, um die Auslösung psychoneurotischer Symptome zu vermeiden, nur unter ganz besonderen Bedingungen einer gynäkologischen Operation zu unterziehen, harmlose Erkrankungen dagegen ausschließlich konservativ zu behandeln.

Unter den funktionellen Genitalsymptomen betrachtet Walthard nur diejenigen als psychoneurotisch, die bei Individuen mit pathologischer Denkweise auftreten, bei gleichzeitig fehlenden Läsionen im Nervensystem wie in den Drüsen mit innerer Sekretion.

Als einzige ätiologische Behandlung der psychoneurotischen Symptome der Genitalsphäre kommt die Psychotherapie in Betracht. Erst wenn die Patientinnen von der Harmlosigkeit ihrer Beschwerden nicht zu überzeugen sind (z. B. bei symptomlosen Myomen usw.), hat man das Recht, den Tumor oder das andauernd abnorm funktionierende Organ auszuschalten.

Ballard (7) betont die Wichtigkeit richtiger Erziehung und Behandlung junger Mädchen zur Zeit der Pubertät, besonders Vermeidung gesellschaftlicher und geistiger Überanstrengung, ferner die Bedeutung lokalisierter pathologischer Veränderungen, auch geringen Grades, für nervöse Störungen, wobei zu berücksichtigen ist, daß keines der weiblichen Organe das Nervensystem so beeinflußt, wie gerade die Beckenorgane. Verf. klagt über die Unvollständigkeit des Genitalbefundes in den Krankengeschichten der Irrenhäuser.

Lydston (88) hat die Erfahrung gemacht, daß mit der männlichen Neurasthenie Hyperämie der Prostata und Hyperästhesie der Urethra prostatica sehr häufig verbunden ist. Selten ist das Vorhandensein nur eines psychischen sexuellen Momentes bei der sog. sexuellen Neurasthenie. Mit der bloßen Versicherung, daß es sich nur um psychische Störungen handelt, treibt man den Patienten dem Kurpfuscher in die Arme.

Lokale Behandlung muß mit der allgemeinen Behandlung kombiniert werden, wo es sich um eine Beteiligung der Prostata handelt.

Groag (58) versucht auf nerventopographischer Grundlage die nervösen Funktionsstörungen der Sexualorgane darzustellen, wobei „nervös" nach seiner Fassung nur bedeutet, daß die Funktionsstörung ihren Sitz an irgendeiner beliebigen Stelle des Nervensystems hat, ohne in einer mikroskopischen Veränderung des Nervensystems begründet zu sein.

Er teilt die in Frage kommenden Erkrankungen in drei Hauptklassen ein, in: I. Erkrankungen mit zerebralem Sitz, II. Erkrankungen mit dem Sitz in den niederen Zentren (Erektions-, Ejakulationszentrum), und III. Erkrankungen mit noch unbekanntem Sitz.

Zur ersten Klasse gehören die Perversionen des Geschlechtstriebes, die sog. „Impotenz des Wüstlings", die relative Impotenz (z. B. nur der Gattin gegenüber, nach längerer Ehe), die psychische Impotenz, besser als Hemmungsimpotenz zu bezeichnen (infolge Schreck, Furcht, Ekel usw.).

Die zweite Klasse umfaßt die funktionellen Schädigungen der tiefer gelegenen Abschnitte des sexuellen Nervensystems, in der einfachsten Form die Ermüdung durch zu häufigen Koitus („erworbene Sexualneurose"). Ursächlich können ferner Coitus interruptus sowie frustrane Erregungen zugrunde liegen. Zu dieser Klasse gehören ferner: die onanistische Sexualneurose des gesunden geschlechtsunreifen Individuums und des hereditären Neurasthenikers, ferner die auf Grund chronischer Gonorrhöe der Pars posterior urethrae erworbene Sexualneurose und schließlich eine Form, die sich durch auffallend spätes Einsetzen und geringe Entwicklung der sexuellen Funktionen bei sonst völlig normaler Entwicklung auszeichnet.

Zur dritten Klasse gehören die Potenzstörungen bei gewissen Stoffwechselerkrankungen, bei akut fieberhaften und chronischen mit Marasmus verbundenen Krankheiten, bei einer Reihe von akuten und chronischen Vergiftungen.

Verf. bespricht bei jeder Gruppe die Symptomatologie, Prognose und Differentialdiagnose und verlangt, daß nur die Formen der Krankheit, in denen die Gonorrhöe ätiologisch eine Rolle spielt, vom Uro- resp. Dermatologen behandelt werden und auch nur, solange entzündliche Veränderungen am Genitale nachweisbar sind, sonst stets vom internistisch und neurologisch geschulten Arzt.

Porosz (113) dagegen ist der Ansicht, daß die Unterlassung der Lokaltherapie in schweren Fällen sexueller Neurasthenie eine Sünde gegen die Gesundheit des Patienten ist. Er weist eine große Rolle bei dem Zustandekommen der sexuellen Symptome der sexuellen Neurasthenie (Pollutionen, Spermatorrhöe, Ejaculatio praecox, auch Impotenz mit mangelhafter Erektion)



der schon öfters von ihm beschriebenen Atonie der Prostatamuskulatur zu. Hier soll die Wurzel der Krankheit angegriffen werden, zum Teil durch Tonisierung mittels des faradischen Stroms.

Die theoretische Erklärung mit der Ermüdung und Reizung der Zentren ist nach Ansicht des Verf. nicht stichhaltig, da Pollutionen und Spermatorrhöe gleichzeitig vorhanden sind. Die sich anschließenden Zentralerregungen anderer Organe, die die bekannten Funktionsstörungen hervorrufen, führen irre und auch zur Annahme einer Reizung in den Genitalzentren.

Entgegen anderen Ansichten meint **Scheuer** (137), daß der Arzt die Pflicht habe, Syphilidophobie zu erzeugen, als eine durchaus gesunde Erscheinung des angeborenen Selbsterhaltungstriebes. Nur darf die Furcht nicht krankhaft bei den geringsten Ursachen auftauchen.

Diese krankhafte Syphilidophobie, die bei Infizierten und Nichtinfizierten auftritt, besonders leicht bei Psychopathen nach vorhergegangener seelischer Erschütterung oder bei unter dem Einfluß von Giften (Alkohol), eingebüßter Willenskraft, ist wissenschaftlich als Psychose aufzufassen. Sie äußert sich in depressiver Gemütsverstimmung, verbunden mit körperlichem Krankheitsgefühl.

Verf. weist auf den Unterschied hin zwischen Syphilitikern, die einmal infiziert, so gut sie auch geheilt sind, immer sich noch in Gefahr glauben, und den Tuberkulösen, die bis zum letzten Atemzug hoffnungsvoll das Bestreben haben, auch sehr deutliche Symptome als minderwertig darzustellen. Als Ursache hierfür kommt vielleicht eine spezifische Vergiftung der betreffenden Nervenzellen durch Toxine in Betracht, sicher aber vielfach moralische Gründe. Nach Ansicht Scheuers wird, wenn erst einmal die Krankheit „Syphilis" als „ehrlich" erklärt wird, auch die Syphilidophobie schwinden.

Die Klage über die Nervosität unseres Zeitalters hält **Rheins** (121) für völlig unbegründet. Seiner Ansicht nach sind die heute auf das Nervensystem wirkenden Einflüsse durchaus nicht stärker, als sie es in der Vorzeit, besonders im Mittelalter, im 30jährigen Krieg usw. waren. Dagegen sind die Lebensbedingungen besser geworden, viele schädigende Momente, z. B. die Trunksucht, haben nachgelassen.

Die beständige Aufregung und Unruhe rührt nur von den ewigen Klagen über meist nur in der Einbildung vorhandenen Nervosität her.

Für die Worte „Nerven" und „Nervosität" sollte daher in keinem Hause Platz sein. Daneben wirken Entwicklung der Willenskraft, vernunftgemäße Lebensweise (Vermeidung besonders sportlicher Übertreibungen) der „Nervenschwäche" entgegen.

Besonders sollte die Wanderlust von neuem zu Ehren kommen.

Epilepsie, Konvulsionen, Tetanus, Eklampsie.

Ref.: Oberarzt Dr. E. Bratz-Dalldorf.

I. Epilepsie.

1. Alexander, Wm., The Nature and Treatment of Epilepsy. Brit. Med. Journal. II. p. 1449. (Sitzungsbericht.)
2. Alexander, D. Moore, A precipitin Reaction in Epilepsy. The Liverpool Med.-chir. Journ. No. 62. Juli.
3. Allers, Rudolf, Zur Theorie der postepileptischen Albuminurie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 3. p. 361. u. Monatschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. p. 361—380.



4. Ammann, Robert, Die Erkrankungen und Sterblichkeit an Epilepsie in der Schweiz. Mit Berücksichtigung von 2159 Todesfällen infolge von Epilepsie. Basel. B. Schwabe & Co.
5. Anfimoff, W., Ein Fall von Epilepsia traumatica indirecta. Obosr. Psych. No. 2.
6. Audebert, Epilepsie et grossesse. Avortement provoqué. Annales de Gynécol. T. IX. Avril. p. 232.
7. Audenino, E., Die Haut- und Sehnenreflexe bei den Epileptikern. Rivista di patologia mentale e nervosa. XVII. Jahrg. Heft IV.
8. Avaline, G. H., Des convulsions épileptiformes au cours du coma diabétique. Thèse de Lyon.
9. Barbé, A., Epilepsie Bravais-jacksonienne et traumatisme crânien. Revue neurol. 2. Sém. p. 621. (Sitzungsbericht.)
10. Bauer, F., Affektepilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 620. (Sitzungsbericht.)
11. Beaussart, Impulsions ou épilepsie larvée. Arch. de Neurol. 10. S. T. I. p. 253. (Sitzungsbericht.)
12. Bechterew, v. und Anfimow, Alkohol und Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 1470. (Sitzungsbericht.)
13. Berger, Fritz, Epileptische Krämpfe infolge Appendicitis. Medizin. Klinik. No. 7. p. 278.
14. Bernard, B., Zur Kasuistik der traumatischen Epilepsie. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 50. p. 503.
15. Bianchi, V., L'influenza dell'alcool sui movimenti del cervello. Contributo alla etiologia della epilessia. Annali di Nevrol. 1911. **29.** 83.
16. Binswanger, Otto, Traumatische Epilepsie. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2196.
17. Derselbe, Fall von intrakortikalen Krämpfen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 840. (Sitzungsbericht.)
18. Derselbe, Die klinische Stellung der sog. „genuinen" Epilepsie. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXXII. No. 5. p. 369.
19. Birk, W., Die Prognose der Kinderkrämpfe. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 11. p. 338.
20. Bouche, Epilepsie jacksonienne. Journal de Neurologie. No. 10. p. 195. (Sitzungsbericht.)
21. Briand, Marcel, La mort par suffucation dans l'épilepsie au cours d'attaques convulsives survenues pendant le sommeil. Journ. de Méd. de Paris. No. 4. p. 68.
22. Derselbe, Tod im epileptischen Anfall durch decubitus facialis. Quinzaine médicale. 1911. 10. Juli.
23. Brown, Miller G., Epilepsy and Pregnancy. The Amer. Journ. of Obstetrics. Febr. p. 247.
24. Brush, Arthur Conklin, Convulsive Seizures Associated with Postmenstrual Gastro-Intestinal Disorders. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 20. p. 1777.
25. Camp, C. D., What is „Epilepsy". Journ. of Michigan State Med. Soc. Sept.
26. Camus, Paul, Les équivalents psychiques de l'épilepsie. Paris médical. No. 16. p. 381—388.
27. Cascella, Contributo clinico al rapporto fra alcoolismo ed epilessia. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 99. (Sitzungsbericht.)
28. Catòla, D. G., A propos d'un cas d'épilepsie compliquée de plusieurs troubles moteurs. Epilepsia. Bd. III. Ergzh. p. 493.
28a. Cecikas, J., Epilepsie und Rheumatismus. Review of Neurol. **10.** 515.
29. Chauvet, Stephen, Epilepsie Bravais-Jacksonienne, Gaz. des hôpitaux. No. 49. p. 721.
30. Ciccarelli, Francesco, L'épilepsie d'origine oculaire. La Medicina italiana. p. 389.
31. Clark, C. P., Recent Studies in the Pathogenesis of Epilepsy. Boston Med. and Surg. Journ. July 18.
32. Derselbe, Remarks upon Psychogenetic Convulsions and Genuine Epilepsy. Medical Record. Vol. 82. No. 14. p. 607.
33. Derselbe, The Prevention of Epilepsy. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 24. p. 1205.
34. Crandall, Floyd M., The Etiology of Convulsions in Early Life. Arch. of Pediatrics. **29.** 803.
35. Cruchet, René, Les convulsions de l'enfance et l'épilepsie infantile. Gazette des hopitaux. No. 27. p. 375.
36. Damaye, Henri, Etude d'un état de mal comitial, traitement, formule leucocytaire. Echo médical du nord. 28. avril.
37. Derselbe, Quelques remarques sur l'épilepsie. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 5. p. 178.
38. Dana, C. L., The Falling Sickness. Medical Record. Vol. 82. p. 825. (Sitzungsbericht.)



39. **Dejerine, J., et Regnard, Michel,** Monoplégie brachiale gauche limitée aux muscles des éminences thénar, hypothénar et aux interosseux. Astéréognosie. Epilepsie jacksonienne. Revue neurol. 1. S. p. 285. **(Sitzungsbericht.)**
40. Dalleplane, A., Pathogenesis of Epilepsy. Riforma medica. Nov. 16.
41. Dub, E., Ueber Epilepsie, mit besonderer Berücksichtigung versicherungsrechtlicher Fragen. Inaug.-Dissert. Bonn.
42. Ducosté, Maurice, et Soury, Ostéome de la dure-mère chez un épileptique. Arch. de Neurol. 10. S. T. 1. p. 254. **(Sitzungsbericht.)**
43. Fleury, Maurice de, Sur la genèse et le traitement de l'épilepsie commune. ibidem. Vol. II. 10. S. Déc. p. 341.
44. Derselbe, Aus dem Französischen übersetzt von Dr. S. Hay, Bemerkungen zur Genese und Behandlung der Epilepsie. Wiener mediz. Blätter. No. 23—24. p. 263. 275. u. Bull. Acad. de Méd. 3. S. T. LXVIII. No. 35. p. 289.
45 Derselbe, De l'épilepsie chez l'homme et chez les animaux. I. Congr. internat. de Pathol. comparée. Paris. 17—23 Oct.
46. Frazier, Charles H., Personal Observations and Deductions as to the Pathogenesis and Surgical Treatment of Epilepsy. Based upon a Series of Sixty-three Cases. The Therapeutie Gazette. March. p. 171.
47. Gaspar, Arthur Galceran, Létargie épileptique. Arch. de Psychiatrie. 1910. p. 595. Buenos-Ayres.
48. Gelma, Eugène, Pathogénie et étiologie des attaques épileptiques. Le Journal médical français. No. 4. p. 162.
49. Glaser, Otto, Zur Kenntnis der traumatischen Porencephalie mit Epilepsie. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 33. H. 2—3. p. 292.
50. Goudberg, A., Über den Einfluss von Krämpfen auf die Harnsäureausscheidung. (Zur Klärung der Beziehungen zwischen Epilepsie und Harnsäure.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VIII. H. 4. p. 487.
51. Grossmann, J., Epilepsie infolge kombinierter Erkrankung des Zentralnervensystems. Prakt. Arzt. (Russ.) 11. 398 (411).
52. Haberer, Ueber traumatische Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 596. **(Sitzungsbericht.)**
53. Hahn, R., Über die Sterblichkeit, die Todesursachen und die Sektionsbefunde bei Epileptikern. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 6. p. 811.
54. Hallager, Über die postparoxysmale Albuminurie und Polyurie der Epileptiker. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. X. H. 3. p. 297.
55. Hedlund, E., Några operationer för genuin, icke traumatisk epilepsi och deras resultat. Allm. Svenska läkartidningen. Jahrg. 9. p. 1049.
56. Heilig, Dienstanweisung und Epilepsie. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 17. p. 660—668.
57. Derselbe und Steiner, G., Zur Kenntnis der Entstehungsbedingungen der genuinen Epilepsie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. 9. H. 5. p. 633.
58. Imchanitzky-Ries, Marie, Die genuine Epilepsie und die Rolle des Arsens für die Autointoxikation. Epilepsia. Bd. III. Ergzh. p. 455.
59. Jackson, J. B., Relation of Convulsions in Children to Dietary Errors. Journal of Michigan Med. Soc.
60. Jödicke, P., Der Status epilepticus. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 19. p. 884.
61. Kagan, D., L'épilepsie et la grossesse. Thèse de Montpellier.
62. Katzen-Ellenbogen, Edwin, The Mental Efficiency in Epileptics. Epilepsia. Bd. III. Ergzh. p. 504.
63. Kempner, Georg, Über die Ausscheidung von Aminostickstoff im Harne bei Krampfanfällen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 11. H. 3/4. p. 482.
64. Kennedy, Temporosphenoidal Epilepsy. Medical Record. Vol. 82. p. 1142. **(Sitzungsbericht.)**
65. Klercker, Kj. O. af, Om salaamkramp hos barn. (Epilepsia vel eclampsia nutans.) Hygiea. Jahrg. 74. p. 685.
66. Klieneberger, Posttraumatische Epilepsie. Berl. klin. Wochenschr. p. 2386. **(Sitzungsbericht.)**
67. Klippel et Feil, Le sang dans l'état de mal épileptique, les formes délirantes et éclamptiques. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 469. **(Sitzungsbericht.)**
67a. Koehler, E. v., Epilepsie oder Dementia praecox? Thèse de Genève.
68. Krasser, Karl, Vermutungen über die Pathogenese der genuinen Epilepsie und wissenschaftliche Grundlagen. Wiener klin. Rundschau. No. 22—25. p. 338. 353. 372. 390.
69. Kroll, M., Zur Kasuistik der Koshewnikowschen Epilepsie. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (Russ.) 12. 95.
70. Labourdette, Pierre, et Delort, Maurice, Les convulsions de l'enfance. Gaz. des hôpit. No. 91. p. 1295.



71. Lange, Cornelia de, Über Konvulsionen und Paralysen bei Keuchhusten. Ned. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. I. 267.
72. Le Breton, Epilepsie et menstruation, contribution à l'étude clinique des rapports entre les phénomènes cataméniaux et les crises convulsives. Thèse de Paris.
73. Lépine, Jean, Emotion et épilepsie. Lyon médical. T. CXIX. p. 1095. (Sitzungsbericht.)
74. Lexer, Traumatische Epilepsie. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2195.
75. Lichtenstein, Die Bedeutungslosigkeit des Satzes von v. Winckel für die Lehre über die Eklampsie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 43. p. 1419.
76. Loeb, Fritz, Bibliographia Epilepsiae. Epilepsia. Bd. 3. Ergzh. p. 547. Bd. IV. H. 1. p. 101.
77. Lotsch, Jacksonsche Epilepsie mit negativem Trepanationsbefund (Pseudotumor) bei einem achtjährigen Knaben. Berl. klin. Wochenschr. p. 616. (Sitzungsbericht.)
78. Lundborg, Epilepsie als Befreiungsgrund bei der ersten Musterung der Wehrpflichtigen in Skandinavien, Finnland u. in der Schweiz. Zeitschrift „Epilepsia". Bd. III.
78a. Derselbe, Der Erbgang der progressiven Myoklonus-Epilepsie. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie. Bd. IX. H. 3.
79. Malaisé, v., Ueber die diagnostische Wertung halbseitiger Krämpfe. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 81.
80. Mann, W. L., Effects of High Temperature on the Personnel of the Fire Rooms of Naval Vessels, with Special Reference to Heat Cramps. United States Naval Med. Bull. July.
81. Marchand, L., Rapports des convulsions infantiles avec l'épilepsie. Gaz. des hôpit. No. 86. p. 1235.
82. Derselbe et Petit, Crises conscientes et mnésiques d'épilepsie convulsive. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 49. (Sitzungsbericht.)
83. Marcon, Louis, Contribution à l'étude de la pathogénie de certaines formes d'épilepsie. Essai de sérothérapie antitoxique. Thèse de Montpellier.
84. Marie, A., et Nachmann, Influences atmosphériques et principalement des différences de pression barométrique sur les crises d'un épileptique. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 25. p. 12.
85. Mc Dougall, Alan, Epilepsy or Hysteria? Medical Chronicle. June. p. 137.
86. Meyer, Max, Zur Frage der Toxizität des Blutes genuiner Epileptiker. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. H. 1. p. 56.
87. Meyers, Milton K., Epilepsy in Adult Life in Association with Thyroid Disease. Report of 6 Cases. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 397. (Sitzungsbericht.)
88. Moretti, A., Di un singolare reperto anatomo-patologico in un caso di epilessia. Riv. di Patol. nerv. 17. 404.
89. Morichau-Beauchant, R., Les troubles de l'instinct sexuel chez les épileptiques. Le Journal médical français. No. 4. p. 155.
90. Müller, Eduard, Fall von Jacksonscher Rindenepilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1251. (Sitzungsbericht.)
91. Munson, J. F., Autopsy Findings in Epileptics. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 262. (Sitzungsbericht.)
92. Neumeister, Zur Kasuistik der Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 538. (Sitzungsbericht.)
93. Neurath, Rudolf, Paralytische Äquivalente der Kinderepilepsie. Zeitschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. V. H. 1. p. 64.
94. Notibeck, v., Krämpfe im Säuglingsalter. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. p. 309. (Sitzungsbericht.)
95. Orzechowski, K., und Meisels, E., Untersuchungen über die Funktionen der vegetativen Nervenvagotonie bei der Epilepsie. Lwowski Tygodnik Lekarski. No. 4—6.
96. Ossokin, N., Über einen Fall von Koschewnikowscher Epilepsie (Epilepsia corticalis s. partialis continua). Epilepsia. Bd. III. Ergzh. p. 486.
97. Pappenheim, M., Über Dipsomanie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 11. H. 3/4. p. 333.
98. Parhon, C., Dumitresco, Ch., et Nicolou, Ec. Mlle, Recherches anatomiques, histologiques et chimiques sur le corps thyroïde dans l'épilepsie. Revue neurol. 2. S. No. 16. p. 226.
99. Pelz, A., Über die Beziehung der Migräne zur Epilepsie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 12. H. 4. p. 388.
100. Perry, M. L., Prevention of Epilepsy. Journal of Missouri State Med. Assoc. April.
101. Petit et Livet, Affaiblissement intellectuel localisé à la mémoire chez une épileptique. Arch. internat. de Neurologie. 1913. 11. S. T. I. p. 49. (Sitzungsbericht.)
102. Pfaundler, v., Psychaleptische Anfälle. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 275. (Sitzungsbericht.)
103. Pierreson, Mort au cours d'une attaque d'épilepsie. Revue de méd. légale. 9. 136. u. Journ. de méd. de Paris. No. 27. p. 534.



103a. Pierret et Duhot, Un cas de mort accidentelle par suffucation au cours d'une crise épileptique. Importance médico-légal. Echo méd. du Nord. p. 545.
104. Piquero, G., Convulsions épileptiques et végétations adénoïdes. Arch. de méd. des enfants. No. 7. p. 691.
104a. Quarto, E., Zahlreiche Naevi bei einer zurückgebliebenen Epileptikerin. Annali di Nevrologia. Bd. 30.
105. Redlich, Emil, Die klinische Stellung der sogenannten genuinen Epilepsie. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 42. p. 2749.
106. Derselbe, Nochmals Epilepsie und Linkshändigkeit. Epilepsia. Vol. III. No. 3. p. 250.
107. Riff, Askariden-Epilepsie. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1813.
108. Rimbaud, Louis, Diagnostic des épilepsies. Le Journal médical français. No. 4. p. 137.
109. Rispal et Nanta, Syndrome de Jackson. La Province médicale. No. 46. p. 505.
110. Rohde, Zur Genese von Anfällen bei sogenannten Nervösen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. p. 473.
111. Sainton et Chiray, Sur un das d'épilepsie consécutive à la méningite cérébro-spinale épidémique. Gaz. des hôpit. p. 70. (Sitzungsbericht.)
112. Sanctis, Sante de, Considérations nouvelles sur l'épileptoïdisme. Rivista Ospedaliera. Vol. II. No. 3. p. 97.
113. Santenoise et Hamel, Un cas d'épilepsie larvée. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 123. (Sitzungsbericht.)
114. Savage, George H., Some Relationships between Fits and Mental Disorders. The Practitioner. Vol. 89. No. 1. p. 1.
115. Schlapp, Max G., General Remarks on the Pathogenesis of Convulsions and Allied Conditions. Medical Record. Vol. 82. p. 1008. (Sitzungsbericht.)
116. Schuppius, Über Schreibstörungen bei Epileptikern. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 2. p. 224.
117. Seppilli, G., e Agostini, C., Alcoolismo e epilessia. Riv. sperim. di Freniatr. Vol. 38. p. 36. (Sitzungsbericht.)
118. Sicard et Gutmann, Autohémothérapie et épilepsie. Etude des réactions hémolytiques. Gaz. des hopit. p. 1239. (Sitzungsbericht.)
119. Singer, Kurt, Epilepsiefragen. Zur Geschichte, Anatomie und Pathogenese des Morbus sacer. Übersichtsreferat. Medizin. Klinik. No. 15. p. 620.
120. Sioli, Fr., Ein Fall von Gehirnverletzung im epileptischen Anfall. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 2. p. 176.
121. Smith, S. A., A Case of Status Epilepticus with an Unusually Large Number of Convulsions. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LXIII. No. 12. p. 857.
122. Sommer, Otto, Ein Beitrag zu der Lehre von „Dämmerzuständen bei Epilepsie". Inaug.-Dissert. Kiel.
123. Spencer, W. G., Relief Following Bilateral Nephromotomy and Drainage for Acute Nephritis Attended by Supression of Urine and Uraemic Convulsions. The Lancet. I. p. 1607.
124. Stamm, Carl, Ueber Krämpfe bei Neugeborenen. Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 58. H. 1—3. p. 1.
125. Steiner, Gabriel, Über den gegenwärtigen Stand der ätiologischen Epilepsieforschung. Epilepsia. Vol. III. fasc. 3—4. p. 235. 388.
126. Stoeltzner, Über Kinderkrämpfe und ihre Behandlung. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 10. p. 295.
127. Stransky, Erwin, Zur Kenntnis der Epilepsie mit Herderscheinungen. Epilepsia. Vol. 3. No. 2. p. 140.
128. Suchow, A., Zur Frage der Epilepsia tardiva und Epilepsia senilis. Rundschau f. Neurol. (Russ.) 17. 6.
129. Derselbe, Zwei Fälle von Epilepsie und Bechterewscher Krankheit. Revue f. Psych. (Russ.) 17. 270.
130. Tamburini, Alkoholepilepsie. Neurol. Centrallb. p. 1465. (Sitzungsbericht.)
131. Tél, Franz, Epileptische Euthymie und Euthymopraxie. Epilepsia. Vol. III. fasc. 3. p. 213.
132. Tilanus, C. B., Über Konvulsionen bei orthopädischen Operationen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. 362.
133. Tilmann, Zur Epilepsiefrage. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2925. (Sitzungsbericht.)
134. Tintemann, Stoffwechseluntersuchungen an Kranken mit epileptischen und epileptiformen Krampfanfällen. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 1. p. 1.
135. Toulouse et Piéron, Les facteurs des variations de fréquence des accès épileptiques. Neurol. Centralbl. p. 1468. (Sitzungsbericht.)
136. Trénel et Lors Paynel, Nystagmus et épilepsie. Revue neurol. 2. Sém. p. 602. (Sitzungsbericht.)



137. Tsiminakis, C., und Zografides, A., Zur Aetiologie und Therapie der Epilepsie. Wiener klin. Wochenschr. No. 40. p. 1486.
138. Veit, Epileptische Dämmerzustände. Neurol. Centralbl. p. 1465. (Sitzungsbericht.)
139. Volland, Über zwei Fälle von zerebralem Angiom nebst Bemerkungen über Hirnangiome. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 130.
140. Derselbe, Beiträge zur Kasuistik der unsteten, affektepileptischen Psycho- und Neuropathen (Bratz) und der psychasthenischen Krämpfe (Oppenheim). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VIII. H. 4. p. 522.
141. Wallon, Henri, Impulsivité motrice verbale et affective chez une jeune fille épileptique. Coprolalie. Journal de Psychol. norm. et pathol. p. 52.
141a. Walshe, F. M. R., Jacksonian Attacks. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Neurological Section. p. 68.
142. Weber, L. W., Die Epilepsie als klinischer Krankheitsbegriff. Münch. Mediz. Wochenschrift. No. 31—32. p. 1699. 1763.
143. Weeks, Some Phases of Scientific Study of Epilepsy with Special Reference to Heredity and Methods of Study. Neurol. Centralbl. p. 1469. (Sitzungsbericht.)
144. Weider, Hans, Zur Aetiologie und Symptomatologie der Epilepsie im Kindesalter (bis zu 14 Jahren). Inaug.-Dissert. Kiel.
145. Wilczek, Epilepsie mit folgender Amaurosis bei einem Privatpferde. Zeitschr. f. Veterinärkunde. H. 4. p. 189.
146. Woods, M., Industrial Status of Epilepsy. Monthly Cyclopedia and Med. Bulletin. March.
147. Wyler, Jesse S., Epilepsy (?) and a Refraction. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 23. p. 1757.
148. Zappert, Julius, Die Prognose der Epilepsie im Kindesalter. Medizin. Klinik. No. 6. p. 229.
149. Zesas, Denis G., Über das Auftreten von Krampfanfällen bei Eingriffen an der Pleura. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 119. H. 1—2. p. 76.

II. Eklampsie.

150. Albrecht, Eclampsia puerperalis bei einer Stute. Münch. tierärztl. Wochenschr. 56. 661—666.
151. Andrews, J. L., Etiology and Treatment of Eclampsia. Mississippi Med. Monthly. Jan.
152. Arnold, J. O., Eclampsia in a Primipara Aged Forty-Five. Pennsylvania Med. Journal. Sept.
153. Ballantyne, J. W., Eclampsia. Medical Record. Vol. 82. p. 367. (Sitzungsbericht.)
154. Derselbe, Discussion on the Etiology of Eclampsia. Brit. Med. Journal. II. p. 1122. (Sitzungsbericht.)
155. Bauereisen, A., Ist die Eklampsie eine Immunitätsreaktion? Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXXI. H. 1/2. p. 82.
156. Benedek, L., Das Vorkommen des Babinskischen Phänomens bei organoider Eklampsie. Gyógyászat. 53. 717.
157. Benthin, Walter, Der Blutzuckergehalt in der Schwangerschaft, in der Geburt, im Wochenbett und bei Eklampsie. Zweite Mitteilung. (Blutzuckergehalt bei Eklampsie.) Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXXI. H. 3. p. 544.
158. Blodgett, S. H., Toxemias of Pregnancy. Medical Record. Vol. 81. No. 2. p. 65.
159. Chauffard, A., et Rendu, H., Un cas d'éclampsie diabétique. Revue de Médecine. Mars. No. 3. p. 161.
160. Croom, Halliday, Incidence of Puerperal Eclampsia. Brit. Med. Journal. I. p. 428. (Sitzungsbericht.)
161. Croom, J. Halliday, Eclampsia in the Edinburgh Maternity Hospital, with Special Reference to its Seasonal Incidence. The Edinburgh Med. Journ. Nov. p. 418.
162. Derselbe, Pseudo-eclampsia. Brit. Med. Journal. II. p. 1709. (Sitzungsbericht.)
163. Davis, Effa V., Toxemia and Eclampsia in the New Born Babe. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 22. p. 1676.
164. Dienst, Zur Aetiologie der Eklampsie. Zentralblatt für Gynäkologie. 1911. No. 11. (cf. Jahrg. XV. p. 759.)
165. Derselbe, Experimentelle Studien über die aetiologische Bedeutung des Fibrinferments und Fibrinogens für die Schwangerschaftsniere und die Eklampsie. Zugleich eine Erwiderung auf die Einwände von Dr. Grigoriu M. Christea und Dr. Bianca Blumenfeld (Wien), Küster (Breslau) und Landsberg (Halle) gegen meine Eklampsietheorie. Arch. f. Gynaekol. Bd. 96. H. 1. p. 43.
166. Doi, Mamoru, Blutuntersuchungen bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen, mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie der Schwangerschaftsniere und Eklampsie. ibidem. Bd. 98. H. 1. p. 136.



167. Engelmann, F., Zur Eklampsiefrage. Die Therapie der mittleren Linie und einige Bemerkungen zur Pathologie der Eklampsie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 45. p. 1489.
168. Derselbe und Ebeler, F., Ueber das Verhalten der Blutgerinnung bei der Eklampsie. Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. 36. H. 2. p. 206.
169. Esch, P., Untersuchungen über das Verhalten der Harngiftigkeit in der Schwangerschaft, in der Geburt und im Wochenbette, mit Berücksichtigung der Eklampsie. Arch. f. Gynaekol. Bd. 98. H. 2. p. 347.
170. Derselbe, Ueber Harn- und Serumtoxizität bei Eklampsie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 9. p. 461.
171. Evans, J. O., Toxemia of Pregnancy and Eclampsia. Northwest Medicine. June.
172. Ferguson, C. E., Three Cases of Antepartum Eclampsia with Conservative Treatment. The Amer. Journ. of Obstetrics. March. p. 437.
173. Fischer, B., Ausgedehnte Hirnblutungen bei Eklampsie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1630. (Sitzungsbericht.)
174. Franz, R., Die Eklampsie als Plazentaeiweißabbauvergiftung. Mitt. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. No. 8.
175. Derselbe, Ueber die Bedeutung der Eiweißzerfallstoxikose bei der Geburt und der Eklampsie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1702.
176. Freund, R., Ueber Eklampsie und ihre Behandlung auf Grund von 551 Fällen. Archiv f. Gynaekologie. Bd. 97. H. 3. p. 390.
177. Derselbe, Schwere Graviditätstoxikosen. Berl. klin. Wochenschr. No. 37. p. 1762.
178. Frost, C. A., Is Milk of Eclamptic Mothers Toxic? Archives of Pediatrics. Jan.
179. Gilles, R., et Ducuing, Eclampsie chez une malade atteinte de lésions probablement kystiques des reins; influence de l'injection d'air dans le sein. Revue mens. de Gynécol. VII. No 3.
180. Gottschalk, Sigmund, Beitrag zur Lehre von der puerperalen Eklampsie ohne Krämpfe. Berliner klin. Wochenschr. No. 37. p. 1768.
181. Harrison, George Tucker, Discussion on Eclampsia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 140. (Sitzungsbericht.)
182. Healy, Daniel J. and Kastle, Joseph H., Parturient Paresis (Milk Fever) and Eclampsia. The Journ. of Infectious Diseases. Vol. 10. No. 2. p. 226—232.
183. Hedley, J. P., The Excretion of Creatin in Pregnancy and the Toxemias of Pregnancy. Medical Record. Vol. 82. p. 368. (Sitzungsbericht.)
184. Heinrichsdorff, H. P., Eklampsiefieber unter dem Bilde der Musskatnußleber bei Fehlen aller klinischen Symptome. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 4. p. 100.
185. Heynemann, Th., Zur Frage der Leberinsuffizienz und des Kreatininstoffwechsels während der Schwangerschaft und bei den Schwangerschaftstoxikosen. Festschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXXI. H. 1/2. p. 110.
186. Jarzew, A. J., Über die Pathogenese der Eklampsie. Versuch einer mechanischen Theorie der Eklampsie. Zentralbl. f. Gynaekol. 1911. No. 49.
187. Jelgersma, G., Eklampsie und Epilepsie. Festschrift H. Treub. p. 559.
188. Johnson, M. M., Eclampsia. Journal of Med. Assoc. of Georgia. Nov.
189. Jordan, Rose, A Case of Puerperal Eclampsia, Commencing with Amaurosis; Recovery. Brit. Med. Journal. II. p. 1548. (Hospital Report.)
190. Katzenstein, Ludwig, Die Eklampsiefälle der Kieler Frauenklinik aus der Zeit vom 1. Januar 1906 bis 1. Oktober 1910 unter besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Diurese. Inaug.-Dissert. Kiel.
191. Kermauner, Fritz, Eclampsiefragen. Wiener mediz. Wochenschr. No. 23. p. 1541.
192. Kiutsi, Miki, Das „Syncytiopräzipitin". Untersuchungen über das Eklampsiegift. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXXII. H. 3. p. 575.
193. Kosmak, George W., Eclampsia. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 5. p. 211.
194. Krasser, Karl, Studie zur Eklampsiefrage. Wiener klin. Rundschau. No. 9. p. 129.
195. Ladinski, Louis J., and Seff, Isador, Eclampsia Complicating Delivery of Menstrosity (Cephalothoracopagus-Monosymmetros.) The Amer. Journal of Obstetrics. July. p. 48.
196. Lamsbach, Maximilian, Die Abhängigkeit der eklamptischen Krämpfe vom Fruchttod. Inaug.-Dissert. Leipzig.
197. Lequeux, Paul, Pathogénie de l'éclampsie. Journal méd. français. No. 1. p. 1.
198. Lichtenstein, Geschichte der Eklampsiestatistik. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 19. p. 593.
199. Liebich, Ernst, Hämatomyelie als Komplikation der Eklampsie. ibidem. No. 38. p. 1243.
200. Liégois, De l'origine intestinale du poison éclamptique. Thèse de Lyon.
201. Liepmann, Wilhelm, Das Eklampsiegift in der Plazenta. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 28. p. 1555.
202. Livingston, George R., True Eclampsia. Brit. Med. Journal. II. p. 1709. (Sitzungsbericht.)



203. Lyons, J. J., Eclampsia. Journ. of Michigan State Med. Soc. May.
204. McKibben, S., Etiology of Puerperal Eclampsia. Colorado Medicine. May.
205. Mees ten Oever, G., Eklampsie in der Groninger Frauenklinik. Dissertation. Assen.
206. Mitchell, E. W., Eclampsia without Convulsions (?). Post mortem Cesarean Section. Ohio State Med. Journ. March.
207. Mohr, L., und Helmann, W., Zur Chemie der normalen und Eklampsie-Placenta. Biochem. Zeitschr. Bd. 46. H. 5. p. 367.
208. Novak, Josef, Leimdörfer und Porges, Ueber Graviditätsacidosis. Wiener klin. Wochenschr. p. 184. (Sitzungsbericht.)
209. Olin, Toivo, Die Eklampsiefälle in der geburtshilflichen Klinik zu Helsingfors. Gynaekolog. Rundschau. H. 3. p. 95.
210. Otto, Starrkrampfähnliche Erscheinungen bei einem mit Spulwürmern behafteten Pferde. Zeitschr. f. Veterinärkunde. No. 2. p. 91.
211. Persson, Gottfrid, Eclampsia gravidarum und Paresis puerperalis. Arch. f. Gynaekol. Bd. 98. H. 2. p. 323.
212. Polano, O., Über Pseudoeklampsie. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXX. H. 2. p. 523.
213. Pollak, Emil, Sammelreferat der in den Jahren 1909 und 1910 erschienenen Arbeiten über Eklampsia puerperalis. Gynaekolog. Rundschau. Heft. 1. p. 27.
214. Prosorowsky, N. N., Zur Eklampsiefrage. Zeitschr. f. gynaekolog. Urologie. Bd. 3. No. 5. p. 274.
215. Ribbius, P., Pathogenese und Therapie der Eklampsie. Ned. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. I. 128. 213. Literaturübersicht.
216. Robertson, E. A., Eclampsia. Mississippi Med. Monthly. March.
217. Rosenthal, Eugen. Untersuchungen über das biologische Verhalten der foetalen Zellen. Ein Beitrag zur plazentaren Theorie der Eklampsie. Gynaekol. Rundschau. No. 7. p. 245.
218. Ross, Adolf, Über einen bemerkenswerten Fall von Eklampsie. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 25. p. 777.
219. Rossa, Nochmals zur Eklampsiestatistik. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 3. p. 76.
220. Rouvier, J., Eclampsie puerpérale, rupture de la voûte du vagin pendant le travail. Bull. Acad. de Médicine de Paris. 3. S. T. LXVIII. No. 28. p. 17.
221. Rowland, J. M. H., Preeclamptic Toxemia and Eclampsia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 1536. (Sitzungsbericht.)
222. Sherwood, H. H., Eclampsia. Journal-Lancet. Dec.
223. Sippel, Albert, Über Eklampsie und die Erfolge der Nierendekapsulation bei Eklampsie. Zeitschr. f. gynäkolog. Urologie. Bd. 3. No. 5. p. 259.
224. Skeel, A. J., Some Notes on the Diagnosis and Treatment of Eclampsia. The Cleveland Med. Journ. Vol. XI. No. 5. p. 346.
225. Spitzbarth, Ewald, Kritisch-statistischer Beitrag zur Eklampsie in der Leipziger Universitäts-Frauenklinik. Inaug.-Dissert. Leipzig.
226. Stevenson, F. C., Case of Puerperal Eclampsia. Australasian Med. Gazette. Nov. 9.
227. Thoms, H. K., Treatment of Eclampsia. Yale Med. Journ. Febr.
228. Wallich, V., L'hypertension gravidique. Annales de Gynécologie. T. IX. Nov. p. 653.
229. Ward, G. G., Relation of Thyroidism to Toxemia of Pregnancy. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Aug.
230. Welz, W. E., Pre-eclamptic Puerperal Eclampsia. Journ. of Michigan State Med. Soc. July.
231. Wichura, Über einen Fall von Eklampsie mit bleibenden schweren Störungen des Gedächtnisses, Erkennens und Handelns. Neurol. Centralbl. p. 1462. (Sitzungsbericht.)
232. Williams, R. W., Puerperal Eclampsia; Causation and Treatment. Journal of Oklahama State Med. Assoc. Oct.
233. Wilson, E., Eclampsia. Kentucky Med. Journ. July 1.
234. Zinsser, A., Ueber die Nierenfunktion Eklamptischer. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXX. H. 1. p. 201.

III. Tetanus.

235. Bennecke H., Ueber die Leukocytose bei Tetanus. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. Bd. 24. H. 2. p. 319.
236. Brown, Alfred J., Cephalic Tetanus. With Report of a Case. Annales of Surgery. April. p. 473.
237. Caussade et Jacquot, A propos d'un cas de tétanos de Rose. Revue méd. de l'Est. p. 465—472.
238. Colanéri, X., Le tétanos, étude clinique et thérapeutique. Gazette des hôpitaux. No. 38. p. 543. No. 41. p. 591.



239. Cruchet, René, Considérations cliniques sur le tétanos et la tétanie, spécialement chez l'enfant. Le Progrès médical. No. 13. p. 161.
240. Curtillet et Lombard, Une observation de tétanos anormal. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 38. p. 1383.
241. Delorme, A propos du tétanos. ibidem. T. 38. No. 20. p. 738.
242. Eschrich, Starrkrampf beim Hund. Zeitschr. f. Veterinärkunde. No. 6. p. 288.
242a. Fearnsides, E. G., Tetanus; Chloretone Poisoning, Recovery, Followed by Polyneuritis. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Neurological Section. p. 54.
243. Franz, Tetanus beim Pferde. Münch. tierärztl. Wochenschr. 56. 504—506.
244. Freund, Hermann, Drei Fälle von Tetanus puerperalis. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXXII. H. 1. p. 97.
245. Friedrich, Tetanus. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 243.
246. German, Über einen interessanten Fall von Tetanus. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 27. p. 1499.
247. Götzky, Zur Differentialdiagnose des Tetanus neonatorum. Charité-Annalen. Bd. 36. p. 117—123.
248. Humann, Tetanus beim Pferde und Rinde. Münch. tierärztl. Wochenschr. 56.
249. Jastrembsky, D., Zur Frage über die Negrischen Körperchen. Centralbl f. Bakteriol. Originale. Bd. 67. H. 1./2. p. 65.
250. Jordan, William H., Tetanus Neonatorum. The Amer. Journal of Obstetrics. June. p. 1076.
251. Leporsky, N., Beiträge zur Frage der Pathogenese des Kernigschen Symptoms. Das Kernigsche Symptom bei Tetanus und Aneurysmen der Cerebralarterien. Russ. Arzt. 10. (683—688.)
252. Malaniuk, Josef, Zur Tetanuskasuistik. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 36. p. 2359.
253. Marie, A., et Donnadieu, A., Insuccès des tentatives répétées d'épileptisation du cobaye mal par la section du nerf sciatique. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 18. p. 772.
254. Mc Cown, C. R., Tetanus: Report of a Case. Mississippi Med. Monthly. Oct.
254a. Montagnon, Tétanos chez un enfant de quatorze ans. Guérison. Loire médicale. p. 193.
255. Moreno, F. Bravo y, Die Entwicklung des Wundstarrkrampfes. Arch. de Psiquiatria y Criminol. 1911. Julio-Diciembre.
256. Motzfeldt, Ketil, Tetanusinfektion durch einen Lungenabszess. Centralbl. f. Bakteriologie. Bd. 65. H. 1./3. p. 60. u. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 9. p. 1329.
257. Newberger, C., Tetanus as a Complication of Burns. Amer. Journ. of Diseases of Children. July.
258. Noeggerath, Pseudotetanus bei einem Neugeborenen. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1809.
259. Palmer, F. J., Quinine Injection and Tetanus: a Criticism. Journ. of the Royal Army Med. Corps. 18. 400.
260. Pichler, Kind mit Pseudotetanus. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1469. (Sitzungsbericht.)
261. Schmerz, Hermann, Lokaler Tetanus. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 81. p. 609.
262. Semple, David, Some Remarks on a Criticism of Quinine Injection and Tetanus. Journ. of the Royal Army Med. Corps. 19. 323.
262a. Szászy, St., Ohne Antitoxin geheilte Tetanusfälle. Budapesti Orvosi Ujság. No. 37.
263. Torres, F. R., El tetano y su curabilidad. Semana Medica. Sept. 26.
264. Tüchler, Ein Fall von Pseudotetanus. Mitt. d. Ges. f. innere Medizin in Wien. No. 12. p. 226.
265. Vries, E. de, Ein Fall von Pseudotetanus (Escherich). Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. (I.) 1742.
266. Young, Simon J., A Case of Tetanus with Recovery. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 8. p. 549.

Epilepsie. Konvulsionen.

Epilepsie.

Der augenblickliche Stand der Epilepsielehre, welchen die Redaktion des Jahresberichts als Einleitung dargestellt wünscht, hat im Jahre 1912 auf der Jahresversammlung der deutschen Nervenärzte durch Redlich und Binswanger eine glänzende Beleuchtung gefunden. Auch sonst ist dieser



Besitzstand, so durch Weber und durch Singer, zusammengefaßt worden. Ich kann daher an Stelle einer besonderen Einleitung auf die genannten hier folgenden Referate verweisen:

Redlich (105) und **Binswanger** (18) haben auf der Hamburger Tagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte Referate über die Epilepsie erstattet, welche unsere heutigen Kenntnisse nach allen Richtungen darstellen und beleuchten.

Die Vorzüge des Redlichschen Referates liegen in einer umfassenden Literaturverwertung und in einer wirklich kritischen und eindringenden Stellungnahme zu zahlreichen Einzelfragen.

Der selbständig prüfende Standpunkt Redlichs ist immer interessant und anregend, auch an Punkten, wo er nicht allgemeine Billigung finden dürfte, wie bezüglich der Ablehnung der Bedeutung der erblichen Belastung.

Redlich faßt sich etwa dahin zusammen:

Der Standpunkt unserer heutigen Kenntnisse der Epilepsie gestattet weder nach ätiologischen oder klinischen, noch nach pathologisch-anatomischen Merkmalen aus der Zahl der Fälle von chronischer Epilepsie mit Sicherheit eine Gruppe herauszuheben und scharf zu charakterisieren, die dem entsprechen würden, was man gemeiniglich als genuine Epilepsie versteht.

Darum tun wir am besten, Namen und Begriff der genuinen Epilepsie ganz fallen zu lassen, statt ihn immer wieder von neuem, den anstürmenden Erfahrungen zum Trotz, zu stützen zu versuchen. Überlassen wir es der künftigen Forschung, die uns hoffentlich einen wirklichen Einblick in das Wesen der Epilepsie gestatten wird, zu entscheiden, ob es zulässig oder notwendig ist, die Fälle chronischer Epilepsie nach gewissen, dann aber auf vollen wissenschaftlichen Wert Anspruch erhebenden Merkmalen in einzelnen Gruppen zu sondern. Heute hat die Epilepsieforschung andere, näherliegende Ziele.

Redlich hebt einzelne derselben hervor. Da ist zunächst ein Begriff, der dringend einer Klärung bedarf, das ist der der Disposition zur Epilepsie.

Was ist nun diese allvermögende epileptische Veränderung, diese mystische Komponente, wie sie Vogt, Auerbach nennen? Es wäre verfehlt, sich etwa vorzustellen, daß sie etwas Fixes, Dauerndes ist. Denn wir wissen, daß eine chronische Epilepsie trotz der epileptischen Veränderung selbst jahrelange Pausen zeigen kann, daß es auch Fälle geheilter chronischer Epilepsie gibt, d. h. die epileptische Veränderung hat das jahrelange, selbst dauernde Ausbleiben der Anfälle nicht verhindert. Sie ist also unwirksam geworden, oder sie hat sich verflüchtigt.

Redlich glaubt, wir tun besser, bei einem Versuche diese Schwierigkeiten einheitlich erklären zu wollen, direkt vom epileptischen Anfalle auszugehen. Dieser ist eine der pathologischen Reaktionsformen des Gehirns, wie etwa der apoplektische Insult, die Bewußtlosigkeit, die Delirien usw.

Die epileptische Reaktionsfähigkeit ist zwar eine allgemeine Eigenschaft des Gehirns, aber bei den einzelnen Individuen und selbst bei diesen zu verschiedenen Zeiten und unter verschiedenen Umständen eine verschieden große, d. h. es gibt Individuenumstände, bei denen diese epileptische Reaktionsfähigkeit pathologisch erhöht ist. Das gilt z. B. vom frühen Kindesalter. Die Erfahrungen über die Bedeutung der Heredität bei der Epilepsie sprechen dafür, daß sie auch bei gewissen Individuen angeboren eine besonders hohe sein kann. Worin dies beruht, ob es sich hier um eine im Sinne Binswangers bloß dynamische Verschiebung der epileptischen Reaktionsfähigkeit handelt, ob dazu struktuelle Eigentümlichkeiten notwendig sind, wissen wir nicht. Es wäre auch noch zu untersuchen, ob die hereditäre



Disposition an sich genügend ist, um dauernd die epileptische Reaktionsfähigkeit auf ihrer Höhe zu erhalten, oder ob dazu nicht schon direkt pathologische Veränderungen des Gehirns notwendig sind. Dafür spräche, daß oft genug die Disposition latent bleibt, und erst unter dem Einflusse der bekannten ätiologischen Momente, welche pathologische Strukturveränderungen des Gehirns auszulösen imstande sind, die Epilepsie manifest wird. Auch wäre es denkbar, daß das Chronischwerden der Epilepsie in solchen Fällen das Vorhandensein oder mindestens die Ausbildung und Progredienz pathologisch-histologischer Veränderungen voraussetzt. Diese Verhältnisse wirklich klarzustellen, wird eine der wichtigsten Aufgaben der zukünftigen Epilepsieforschung sein.

Hingegen wissen wir schon heute, daß Hirnläsionen oft eine Neigung zu epileptischen Anfällen bedingen, d. h. die epileptische Reaktionsfähigkeit erhöhen. Erst wenn uns das beim Menschen genauer festgestellt sein wird, wird es vielleicht auch möglich sein, zu unterscheiden, wann die epileptische Reaktionsfähigkeit des Gehirns nur vorübergehend erhöht ist, wann dauernd. In dem einen Falle haben wir eine akute Epilepsie oder vereinzelte Anfälle, im anderen eine chronische Epilepsie.

Die vorhandenen und nachweislichen oder zu supponierenden Hirnläsionen sind auch nach Art, Sitz und Ausdehnung maßgebend für die spezielle Ausgestaltung des Anfalles. Bei umschriebener Läsion ist die epileptische Reaktionsfähigkeit nur in umschriebenen Partien der Rinde erhöht. Die Folge ist ein typischer Jacksonanfall; bei diffuser Ausbreitung in beiden Hemisphären, vielleicht auch über die Rinde hinausgreifend, tritt der klassische epileptische Anfall in Erscheinung. Da, wo von einer umschriebenen Läsion ausgehend, diffuse Veränderungen Platz greifen, werden auch die bis dahin halbseitigen Anfälle einen universellen Charakter gewinnen. Auf diese Weise verschwinden die absoluten Grenzen zwischen umschriebenen und allgemeinen Anfällen, zwischen organischer und genuiner Epilepsie.

Die den Anfällen entsprechenden histologischen Veränderungen, resp. die an sie anschließenden reparatorischen Vorgänge erklären die nach epileptischen Anfällen erhöhte epileptische Reaktionsfähigkeit des Gehirns, so daß es sich auch hier im wesentlichen um die epileptogen wirkenden Eigenschaften von Hirnläsionen handelt.

Die Bedeutung des Binswangerschen Referates beruht auf einer klaren Stellungnahme bezüglich der pathologischen Anatomie der Epilepsie.

Binswanger lehnt aus klinischen und anatomischen Gründen ab, daß die echte Epilepsie immer eine progrediente Erkrankung mit anatomischer Grundlage ist. Binswanger weist auf die Fälle echter Epilepsie hin, die nicht verblöden. Anatomische Befunde, wie als solche die Ammonshornsklerose für die Hälfte der echten Epileptiker anzuerkennen ist, stehen höchstwahrscheinlich mit Entwicklungshemmungen oder frühesten Entwicklungsstörungen des Gehirns im Zusammenhange.

Die Alzheimersche Gliose aber ist nicht die Ursache der Epilepsie, sondern die Folge der epileptischen Anfälle und entspricht allenfalls der epileptischen Demenz.

Danach sind zurzeit die Krankheitserscheinungen der „echten“ Epilepsie überhaupt nur als dynamische Vorgänge dem Verständnis näher zu bringen. Diese dynamischen Störungen beruhen:

a) Auf angeborenen, ererbten, in der neuropsychischen Konstitution des erkrankten Individuums gelegenen Bedingungen, über die wir uns bei dem heutigen Stande der Hereditätslehre ein bestimmt formuliertes Bild



nicht machen können. Wir wissen nur die klinische Tatsache, daß die Epilepsie auf dem Boden von ererbter neuro- resp. psychopathischer Konstitution bald im Sinne direkter, gleichartiger Vererbung, bald als polymorphe, transformierte Vererbung entstehen kann. In einem Teil der Fälle gibt diese Konstitutionsanomalie sich auch morphologisch kund bald in den gröberen, schon makroskopisch erkennbaren Entwicklungshemmungen des Gehirns, bald in feineren, nur mikroskopisch erkennbaren Hypoplasien. In diesem Zusammenhange weist Binswanger darauf hin, daß in den Fällen der „genuinen" Epilepsie mit Alzheimerscher Gliose sich solche Kennzeichen hypoplastischer Vorgänge ebenfalls vereinzelt in der Form von Cajal-Retziusschen Zellen vorgefunden haben, und daß die Ammonshornsklerose von einer Reihe der Untersucher ebenfalls als Hypoplasie gedeutet wird. Daneben bleiben sicherlich noch genugsam Fälle übrig, bei denen morphologische Merkmale der Entwicklungshemmung im Gehirn nicht nachweisbar sind.

b) Auf Keimschädigungen, unter denen Syphilis und Alkohol die anderen an Bedeutung überragen.

Bei einem Patienten mit schwerer Dementia fand **Moretti** (88) eine vorgeschrittene chronische Leptomeningitis entsprechend der aufsteigenden linken Parietätwindung. In der betreffenden oberflächlichen Rindenschicht fanden sich Körperchen von verschiedenem Volumen ($6\,\mu$—$^1/_{10}$ mm) und von denen einige gruppiert, mit rundlicher Form und konzentrischer Struktur waren; dieselben sind verschieden von den Amyloidkörperchen, ferner auch von den Kolloidalgebilden von Alzheimer und besitzen einige Ähnlichkeit mit den Amyloidkörperchen von Lafora. Bei Anwendung von Hämatein und Saffranin färbten sich die Granula zum Teil rosa oder schwach orangegelb, und zum Teil blieben sie ungefärbt. (*Audenino.*)

Orzechowski und **Meisels** (95) haben Untersuchungen an 20 Epileptikern angestellt, welchen sie Adrenalin, Pilokarpin und Atropin eingespritzt haben. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen können auch auf diagnostischem Gebiet verwertet werden. Tritt in einem zweifelhaften Fall die vagotonische Reaktion auf, so spricht das zu einem gewissen Grade für die Diagnose der Epilepsie. Die Vagotonie der epileptischen Individuen erklärt ihre Herz-, Magen- und Darmstörungen, die vasomotorischen Symptome und die Erscheinungen seitens der Schweißdrüsen. Aus diesem Grunde sind auch die Präparate von Belladonna gegen diese Erscheinungen von Nutzen. Bei einer ganzen Reihe von Kranken mit Hirntumoren konnten die Verff. eine ausgesprochene vorübergehende Verschlimmerung der sämtlichen Symptome, welche man mit einem gesteigerten Hirndruck zu erklären pflegt, nach Polikarpineinspritzung beobachten. Es scheint also das Pilokarpin auf die sekretorische Funktion der vasomotorischen Hirngeflechte reizend einzuwirken. Das Auftreten von Krämpfen nach Polikarpineinspritzung kann in den Fällen von Hirntumoren bei der Wahl der Seite und der Stelle für operative Dekompression behilflich sein. (*Sterling.*)

Nach **Weber**'s (142) bemerkenswerten Darlegungen ist genuin, angeboren nicht die Epilepsie, sondern die ihr in einer Reihe von Fällen zugrunde liegende abnorme Disposition des Gehirns zu epileptischen Anfällen (pathologische Konvulsibilität). Diese angeborene Disposition (epileptische Veränderung) kann die Ursache oder eine der Ursachen der echten Epilepsie werden, bei deren Zustandekommen außerdem Intoxikationen durch exogene Gifte, durch Stoffwechselstörungen, Hirnverletzungen und Hirnerkrankungen mitwirken. Je nach der Intensität der angeborenen Disposition und der erworbenen Schädlichkeiten überwiegt der eine oder andere Faktor



beim Zustandekommen der echten Epilepsie. Die erworbenen Schädlichkeiten sind dabei um so bedeutsamer, je frühzeitiger sie das noch im Entwickeln begriffene Gehirn treffen. Die angeborene Disposition muß aber nicht immer zur Epilepsie werden, so wenig die angeborene Anlage zur Tuberkulose immer zur tuberkulösen Erkrankung führen muß. Hierin verhält sich also die Epilepsie anders als z. B. die Idiotie oder Imbezillität, wenn sie wirklich angeboren und nicht durch Erkrankungen der ersten Lebensjahre erworben ist. Hier liegt bereits bei der Geburt ein krankhaft verändertes Gehirn vor, das sicher in einem bestimmten Lebensabschnitt versagen und zu Krankheitserscheinungen führen wird, die in Art und Intensität dieser krankhaften Hirnveränderung entsprechen.

Wir können also nicht, wie die Bezeichnung „genuine" Epilepsie dies tut, die Krankheitseinheit der Epilepsie mit ätiologischen Merkmalen umschreiben. Denn der Krankheitsprozeß, der in bezug auf klinische Symptome, Verlauf, Ausgang und Befunde sich als ein einheitlicher darstellt, hat keine einheitliche Ätiologie, er fußt zum Teil auf einer angeborenen Anlage, zum anderen größeren Teil ist er durch erworbene Schädlichkeiten bedingt. Noch weniger besagt der Ausdruck idiopathische oder essentielle Epilepsie, denn er bezeichnet nur ein negatives, den Mangel einer äußeren Ursache oder entsprechender Befunde, was nach unseren Ausführungen nicht stimmt. Also: nicht die Ätiologie, nur die Gesamtheit der klinischen Symptome und des Verlaufes berechtigen dazu, aus dem großen Bezirk der als Epilepsie bezeichneten Zustände eine Gruppe als Krankheitseinheit unter dem Namen echte Epilepsie abzutrennen. Wenn bei dieser Auffassung die Ätiologie als nosologischer Einteilungsgrund weniger berücksichtigt wird, so widerfährt ihr hier dasselbe Schicksal, das sie schon auf anderen Gebieten der klinischen Medizin erlebt hat. Die moderne Forschung hat für viele klinische Krankheitsbilder die Bedeutung einer einheitlichen Ursache beseitigt und gezeigt, daß nur ein Zusammenwirken mehrerer und verschiedenartiger Faktoren in Betracht kommt.

Singer (119) gibt an der Hand der neuesten Literatur ein übersichtliches und klares Referat über Anatomie und Pathogenese der Epilepsie.

Klercker (65) beschreibt folgenden Fall von Salaamkrampf: Ein jetzt 3½ Jahre altes Mädchen ohne bekannte epileptische Belastung erkrankte im Alter von 2 Monaten; sie zeigte damals allgemeine Krampfanfälle mit ausgesprochenem Spasmus glottidis. Früher Brustkind, kurze Zeit vor dem Auftreten der Krämpfe teilweise Ernährung mit Kuhmilch. Diätetische Maßnahmen beeinflußten nicht die Krämpfe, die allmählich den typischen Charakter einer Eclampsia nutans annahmen. Dagegen bewirkte eine kräftige Brom-Behandlung eine deutliche Milderung und schließlich ein vollständiges Aufhören der Krämpfe während einiger Monate. Später Wiederauftreten der Anfälle mit Zwischenräumen von einigen Wochen, dazu zeitweise tägliche rudimentäre Anfälle. Unterdessen ziemlich gute körperliche Entwicklung; psychisch liegt dagegen jetzt beinahe völlige Idiotie vor.

Verf. gibt eine ausführliche Zusammenstellung der betreffenden Literatur und schließt daraus: Der Salaamkrampf besitzt oft ein Initialstadium, und erst allmählich treten dann die typischen Krampfanfälle auf. Die Entwicklung kann wesentlich zwei Hauptlinien folgen: Die eine führt von unbedeutenden Anfällen von Kopfnicken zu einer sukzessiven Steigerung ihrer Intensität und Umfassung, die andere von allgemeinen Krämpfen unter allmählichem Zurücktreten des Extremitätenkrampfes zu dem typischen Salaamkrampf. Auch im weiteren Verlauf entwickelt sich der Krampf nach den gleichen beiden Linien; entweder werden die Krämpfe immer umfassender



und gehen in allgemeine Konvulsionen über, oder aber sie werden gelinder und spärlicher und werden von Anfällen kleineren Typus, Kopfnicken, Schreien oder eigentümlichen Armstreckungen, ersetzt. Bei den typischen Krämpfen ist oft eine Aura, vielleicht auditiver Art, zu bemerken; der Anfall ist oft mit Bewußtseinstrübung verbunden. In der Mehrzahl der während längerer Zeit verfolgten Fälle endet der Zustand in Idiotie. (*Sjövall.*)

17jähriger, seit Kindheit rachitischer Patient, bekam nach einem Schreck und Schlägen auf den Kopf einen epileptischen Anfall. Bald darauf traten klonische Zuckungen in der linken Gesichtshälfte und im linken Arm auf; die Zuckungen dauerten anfangs 10—15′ und traten 3—5 mal täglich auf; vier Monate darauf nahmen die Zuckungen einen kontinuierlichen Charakter an, es bestand eine linke Monoplegia brachialis mit geringer Flexionskontraktur.

An den Zuckungen nahmen Anteil: Facialis s., Palatum molle, Stimmbänder, Zunge und einige Muskeln der linken oberen Extremität. Hin und wieder nahm auch die rechte Hand an den Zuckungen teil; bisweilen kommt es zu typischen epileptischen Anfällen. Sensibilität normal, bloß nach einem großen Anfall ist das Muskelgefühl in dem linken Daumen und dem linken Handgelenk herabgesetzt. Links undeutlicher Babinski. **Kroll** (69) tritt für den kortikalen Sitz der Affektion ein und beabsichtigt in seinem Falle eine Exzision der entsprechenden Rindenpartien. (*Kron.*)

Das von **Lundborg** (78a) untersuchte schwedische Geschlecht bietet eine ziemlich günstige Gelegenheit, die Erblichkeitsverhältnisse der progressiven Myoklonusepilepsie zu studieren.

17 Fälle in 9 verschiedenen Familien sind vorgekommen, und diese Fälle sind innerhalb der verschiedenen Familien so verteilt, daß in zwei Familien drei Kinder in jedem Geschwisterkreis heimgesucht sind, und in vier Familien sind zwei Kinder damit belastet; in den übrigen Familien ist nur ein Fall in jeder angetroffen worden.

Zwei Patienten von Lundborg haben sich verheiratet und Kinder bekommen. In dem einen Falle nicht weniger als zehn Kinder, von denen nur zwei im frühesten Kindesalter gestorben sind, die andern haben alle die Altersreife erreicht. In dem zweiten Falle zwei Kinder, welche beide schon über zehn Jahre alt sind. Alle diese Kinder sind von der Krankheit verschont geblieben, d. h. eine direkte Heredität ist hier nicht vorgekommen. Dieser Umstand berechtigt uns zu behaupten, daß die Krankheit kein dominantes Merkmal nach Mendel bilden kann.

Nichts hindert indessen, daß Rezessivität vorliegen kann.

In der Tat macht die nähere Untersuchung wahrscheinlich, daß die progressive Myoklonusepilepsie (Myoklonieepilepsie) eine erbliche Krankheit ist, die mit größter Wahrscheinlichkeit den Mendelschen Regeln folgt, aber rezessiv und monohybrid ist. Die Krankheit spaltet sich nicht in Myoklonie und Epilepsie, sondern wird als solche vererbt.

Aus den amtlichen Ausmusterungsstatistiken der Militärpflichtigen stellt **Lundborg** (78) in dankenswerter Weise die Epileptiker in der Schweiz und in den nordischen Ländern zusammen.

In Schweden würde demnach Epilepsie häufiger als in der Schweiz, und mehr als doppelt so oft wie in Norwegen, und etwa dreimal so oft wie in Dänemark vorkommen.

Ferner ist im Laufe der letzten 20 Jahre ein allmählicher Wechsel der Zahl der Epileptiker in einzelnen Provinzen Schwedens bemerkbar. Es scheint, daß die frühere hohe Epilepsiefrequenz in Schweden in einem gewissen



Grade mit dem außerordentlichen Alkoholmißbrauch in älteren Zeiten in Verbindung steht.

Glaser's (49) drei Fälle galten vor der eingehenden klinischen Untersuchung als schlichte traumatische Epilepsien, entpuppten sich jedoch später — und das ist das sie gemeinsam Kennzeichnende — als „traumatische Porenzephalien".

Die Diagnose Porenzephalie wurde im Falle 1 aus dem klinischen Befunde gestellt, und zwar mit Rücksicht auf die Ätiologie, ferner den gerade in diesem Falle so gewichtig mitsprechenden Röntgenbefund des Knochendefektes und des sonstigen Schädels, und vor allem im Hinblick auf die dauernde Ausfallserscheinung, und zwar der Hemianopsie.

Im Falle 2 wurde die Porenzephalie erst bei der Operation entdeckt, vorher war ein traumatischer Defekt des Schädeldaches mit Knochenimpression als Ursache der Epilepsie vermutet worden, und es wurde deswegen die Indikation zur Operation gestellt. Wenn auch in diesem Falle dauernde Halbseitenerscheinungen, Reflexdifferenzen usw. eine gewisse Rolle spielten, so konnten diese allein noch nicht zur Annahme eines so bedeutenden Defektes, wie es die Porenzephalie ist, berechtigen. Es gibt doch genug andere Fälle von Epilepsie, in denen leichte Dauererscheinungen ständig bestehen, nicht zu reden von den sogenannten Erschöpfungssymptomen bzw. stärker akzentuierten Ausfallserscheinungen im postparoxysmellen Stadium. Eine Gesichtsfelduntersuchung war in diesem Falle leider unterblieben. Es fehlte also in diesem Falle irgend ein Anhaltspunkt für die Annahme einer größeren Tiefenausdehnung des supponierten Herdes. Der Röntgenbefund allein konnte unter diesen Umständen auch nicht die richtige Erklärung liefern.

Im Falle 3 endlich wurde die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine traumatische Porenzephalie schon vor der Operation gestellt und mit Rücksicht auf die günstige Erfahrung anderer Autoren die Indikation zum operativen Eingriff gestellt. Der dauernde Gesichtsfeldausfall, die Quadrantenhemianopsie, schien trotz des Fehlens anderweitiger Herdsymptome für eine größere Tiefenausdehnung des supponierten Herdes zu sprechen und die Schwankungen des besagten Defektes sowie der Blickstörungen unabhängig von Anfällen schienen auf Hydrozephalus, dem so häufigen Begleiter der traumatischen Porenzephalie, hinzuweisen. Der Röntgenbefund ergab lediglich das Vorhandensein eines Knochendefektes. Allein im konkreten Falle kam der palpatorische, der Inspektionsbefund sowie der klinische Befund für die Stellung der Diagnose in Betracht, die denn auch am Operationstisch ihre volle Bestätigung fand.

Steiner (125) kommt bei einem Überblick über die Stoffwechseluntersuchungen bei Epilepsie zu dem Ergebnis, daß dieselben bisher keinen Erfolg gehabt haben.

Er gibt nach anderer Richtung einen verheißungsreichen Ausblick in die künftige Erforschung der Pathologie der Epilepsie, und zwar an der Hand der neueren Feststellungen über die Beziehungen von Linkshändigkeit und Epilepsie.

Vielleicht läßt sich jetzt schon sagen, daß die Anlage zur genuinen Epilepsie sich in den meisten Fällen als ein rezessives Merkmal darstellt. Es spricht für ein rezessivmendelndes Verhalten der epileptischen Anlage, daß in den Familien mit dieser krankhaften Erbanlage immer nur ganz wenige Mitglieder, sehr häufig nachweisbar nur eines, in mehreren Generationen erkrankt sind. Die Linkshändigkeit scheint in manchen Familien dominant, in anderen wieder rezessiv zu sein.



Weiter würde nun zu fragen sein: wie sich die Vererbungsvorgänge der beiden Merkmalpaare: Rechtshändigkeit — Linkshändigkeit und krankhafte Anlage zur Epilepsie — gesunde Anlage zueinander verhalten, wie sie in den Familien der linkshändigen, genuinen Epileptiker wie auch der rechtshändigen Kranken, die in ihrem nächsten Familienkreis Linkshänder aufzuweisen haben, sich verknüpfen. Die Lösung dieser Frage ist aber noch vollkommen der Zukunft überlassen und von der Sammlung und Erforschung möglichst vieler Stammbäume abhängig.

Heilig und **Steiner** (57): Nach Erhebungen an 567 Soldaten und deren Familien läßt sich sagen, daß die genuine Epilepsie nur in Linkshänderfamilien vorzukommen scheint, und daß in diesen auch Sprachstörungen bedeutend häufiger sind, als in den Familien der reinen Rechtshänder. Weiter ergibt sich ein wesentlicher Unterschied der Verteilungsart von Linkshändigkeit, Sprachstörung und genuiner Epilepsie einerseits, sonstigen psychisch-nervösen Störungen andererseits in den Linkshänderfamilien sowohl hinsichtlich der Verteilung auf die einzelnen Verwandtschaftsgrade wie hinsichtlich des Geschlechts.

Parhon, Dumitresco und **Nicolou** (98) haben experimentelle und histologische Untersuchungen über die Bedeutung der Schilddrüsenfunktion für das Auftreten epileptischer Insulte angestellt.

Sie fanden bei Epileptischen das mittlere Gewicht der Schilddrüse gegen die Norm herabgesetzt, ferner häufig, wenn auch nicht gleichmäßig, histologische Veränderungen, und dann war der Jodgehalt meist vermehrt. (*Bendix.*)

Nach epileptischen und epileptiformen Anfällen tritt im Harn der Patienten nach Ansicht **Allers** (3) immer Eiweiß auf. Auf Grund eigener Versuche und unter kritischer Würdigung der bestehenden Theorien über die Ursache dieser Erscheinung kommt Allers zu dem Resultat, daß die postparoxysmale Albuminurie anzusehen ist als eine Folge der Säurequellung der Nieren, die ihrerseits durch die postepileptische Azidose bedingt wird. (*Bischoff.*)

Heilig (56): Nach den Untersuchungen von Heilig und Steiner im Jahresbericht 1911 kommt genuine Epilepsie ausschließlich in solchen Familien vor, in denen auch Linkshändigkeit vertreten ist. Dagegen ließ sich in den Familien der rechtsfamiliären Soldaten, welche etwa die Hälfte der Gesamtzahl ausmachten, keine genuinepileptische Erkrankung ermitteln.

Heilig gibt nun Anregungen, wie diese neuen, und sofern sie bestätigt werden, praktisch und theoretisch wichtigen Befunde für den militärärztlichen Dienst bei der Feststellung von Epilepsie zu verwerten wären.

Abgesehen von quantitativen Differenzen kann **Redlich** (106) nach seinem Material die Angabe von Steiner bestätigen, daß in der Familie rechtshändiger Epileptiker relativ oft linkshändige Individuen sich finden.

Imchanitzky-Ries (58) hat das Blut Epileptischer auf Arsen untersucht.

Das Blut wurde in Mengen von 50 ccm durch Aderlaß bei Gesunden, Epileptischen und anderen psychisch Kranken entnommen. Nach Zerstörung der organischen Substanz prüfte die Forscherin den Rückstand im Marshschen Apparate auf Arsen. Es zeigte sich, daß das Blut Gesunder, wie dasjenige von an Dementia praecox Leidenden arsenfrei war. Das Blut Epileptischer dagegen zeigte übereinstimmend in allen Fällen mehr oder weniger starken Arsengehalt. Das Blut von Patienten, die 3 bis 6 Anfälle täglich hatten, war stark arsenhaltig und zeigte bei der Marshschen Probe deutliche dunkelbraune Arsenringe, während das Blut anderer Patienten, welches im Intervall entnommen wurde, und welche nur einige Anfälle monatlich hatten, weniger Arsen enthielt: die Arsenringe waren bedeutend schwächer ausgeprägt.



Ferner steht nach **Marie Imchanitzky-Ries** die Gerinnbarkeit des Epileptikerblutes in Übereinstimmung mit seinem Arsengehalt. Während bei der Gerinnung arsenfreien Blutes der rote Blutkuchen nach einiger Zeit eine deutliche Menge hellen Serums abscheidet, sieht man beim Epileptikerblut die ganze Blutmasse gleichmäßig erstarren und nur minimale Spuren rötlicher Flüssigkeit auspressen. Ganz dasselbe Bild sah Verfasserin bei Zusatz einiger Tropfen einer 1%igen Arsenlösung zu 2 cm^3 normalen Blutes.

Die Ergebnisse dieser etwas spärlichen Untersuchungen über Arsengehalt und die dadurch bedingte veränderte Gerinnbarkeit des Epileptikerblutes vergleicht die Verfasserin nun in erstaunlicher Gelehrsamkeit mit verschiedensten Angaben in der Literatur. Sie kommt danach zu dem kühnen Schluß, daß die Epilepsie eine Krankheit des gestörten Arsenstoffwechsels ist. Es ist ihr wahrscheinlich, daß die Organe, welche physiologisch die Speicherung und Regulierung der Arsenausscheidung besorgen, insuffizient werden. Die durch die Nahrung oder therapeutisch zugeführten und allmählich summierten Arsenmengen zirkulieren, statt sich an einzelnen Stellen abzulagern, fortgesetzt im Blute und bedingen hierdurch eine Schädigung der weniger widerstandskräftigen Gewebe (Kapillaren). Kleinste Blutergüsse im Gehirn, verbunden mit einer direkten Giftwirkung, lösen Krämpfe aus. Profuse Schweiße, Darm- und Blasenentleerungen, der Eintritt der Menstruation und jedes andere Wiedereinsetzen der Arsenausscheidungsfunktion führt zum Aufhören, beziehungsweise zum Nichteintritt, zur Kupierung der Anfälle.

Hahn (53) kommt nach dem Material der sächsischen Anstalt Hochweitzschen zu folgenden Ergebnissen über die Sterblichkeit der Epileptiker.

1. Die Sterblichkeit der Epileptiker übersteigt nicht wesentlich die Sterblichkeit in der Gesamtbevölkerung; sie belief sich in der hiesigen Anstalt nach dem Jahresdurchschnitt 1891—1911 auf etwa 3,5% des Krankenbestandes.

2. Wenn die Lebensgefahr für die Epileptiker an sich auch nicht groß ist, so sind sie durch ihr Leiden doch oft Gefahren ausgesetzt, in der Außenwelt freilich öfter als in der Anstalt; der Aufenthalt in der Anstalt wirkt im allgemeinen schützend und konservierend.

3. Daß bestimmte Altersstufen lediglich durch das epileptische Leiden in stärkerem Maße Lebensbedrohungen ausgesetzt wären, ließ sich nicht feststellen; die Gefahren sind für alle Altersstufen annähernd gleich. Wie in der Gesamtbevölkerung wächst die Sterblichkeitsziffer im allgemeinen mit dem zunehmenden Alter.

4. Die größten Gefahren drohen dem Epileptiker aus Krampfanfällen. Von den hier eingetretenen Todesfällen standen 63,4% in Zusammenhang mit epileptischen Zuständen. Außer Status epilepticus resp. Coma epilepticum (21,6%) wirkten besonders gefährlich: eintretende Herzstörung (14,4%), sich entwickelnde entzündliche Lungenaffektionen (11,1%), Unglücksfälle und schwere Verletzungen (7,0%).

de Fleury (43, 44) knüpft an die Tierversuche von Henri Claude und Paul Lejonne an: Sobald durch Injektionen von Chlorzink unter die Dura mater eine Meningoenzephalitis im Bereiche der motorischen Zone zustande kommt, ruft diese erste Intervention gewöhnlich konvulsive Krisen hervor, welche genau den Konvulsionen im Kindesalter vergleichbar sind, und welche, wie letztere, bald zessieren, wobei das Versuchstier seine volle Gesundheit wieder zu erlangen scheint.

Nach einigen Monaten von Ruhe und scheinbarer Heilung erhalten dieselben Tiere schwache Strychnindosen ihrer Nahrung beigemengt; bald darauf werden sie von epileptoiden Krisen ergriffen und gehen an denselben



zugrunde, — während andere Versuchstiere, welche keine vorangegangene Meningenreizung durchgemacht haben, aber mit denselben Strychnindosen ernährt wurden, niemals auch nur das geringste Konvulsivphänomen darbieten.

Diesen Tierversuchen entsprechen die Anschauungen de Fleurys über die Pathogenese der Epilepsie: Die erste Ursache der allgemeinen Epilepsie sei die intra- oder extrauterine Meningoenzephalitis. „Agent provocateur" der Paroxysmen der Konvulsionen sei die gewöhnlich intestinale Autointoxikation.

Dementsprechend setzt de Fleury große Hoffnungen auf eine darmdesinfizierende Behandlung: Entweder eine aus Milch, Eiern und Vegetabilien gemischte Kost oder noch energischer die Darmflora herabsetzende vegetarische Kost mit folgenden Maßgaben: 1. Reichliche gezuckerte und diuretische Getränke; zum Beispiel ein mit Milch oder Zucker versetztes Mineralwasser in geringen Mengen während der Mahlzeiten, in viel größerer Quantität während der Zeit der Magenleere. Ein Liter im ganzen genügt für einen Erwachsenen mit gut funktionierenden Nieren. Allzu reichlich zugeführte Getränke können durch ihre Aktion auf den Blutdruck schädlich werden.

2. Milchpräparate, besonders die Milchfermente, vorteilhafter in Form von Bouillon als im komprimierten Zustande. Hier liegt das wahrhaft wirksame Element der Darminfektion in der Behandlung. Die mehr sauren Präparate scheinen de Fleury die wirksamsten zu sein. Da sie vom Standpunkte der Demineralisierung des Organismus für nicht gefahrlos angesehen werden, ist es von Vorteil, sie nur zeitweilig, etwa in den ersten Tagen der Behandlung und später, wenn Wiederauftreten von Darmstörungen (Konstipation, belegte Zunge) einen Rückfall befürchten lassen, zu verordnen, während man im Intervalle etwas weniger energische Präparate in Anwendung bringen läßt.

Morichau-Beauchant (89) gibt allgemeine Ausführungen über die Störungen der sexuellen Instinkte bei Epileptikern.

Damaye (36) kommt aus der Prüfung eines Falles von Status epilepticus zu dem Ergebnis, daß bisher uns nichts berechtigt, eine toxische Ursache für denselben anzunehmen.

Berger (13) knüpft zwei Fälle von Berndt an, in denen der Ausbruch einer Epilepsie zeitlich mit den Symptomen einer Appendizitis zusammenfiel.

Im ersten Fall entwickelte sich nach einem kurzen Prodromalstadium ein auf wenige Tage zusammengedrängtes Krankheitsbild, gekennzeichnet durch einen heftigen Anfall von Appendizitis, welcher mit schweren Krämpfen durchaus von dem Typus derjenigen bei Epilepsie begann. Der exstirpierte Wurmfortsatz wies relativ frische Veränderungen auf. Im zweiten Falle handelte es sich um eine chronische Appendizitis, deren Beginn bereits zwölf Jahre zurücklag. Als neuerdings ein akuteres Stadium sich einstellte, traten auf dem Höhepunkte der appendizitischen Beschwerden heftige epileptische Krämpfe auf. Der Wurmfortsatz war mit dem Coecum durch Verwachsungen fest verlötet, seine etwas dickere Spitze in der Länge von 2 cm völlig verödet.

Wie in dem ersten Falle Berndts hat in dem neuen Falle Bergers der erstmalig auftretende Krampfanfall bei einem früher kerngesunden Menschen erst auf die schon mehrere Tage bestehende Erkrankung des Processus vermiformis aufmerksam gemacht. Die Diagnose der wahrscheinlichen Appendizitis und frühzeitige chirurgische Behandlung sicherte vor einer eventuellen Perforationsperitonitis. Berger hebt hervor, daß sich die durch Appendizitis hervorgerufenen epileptischen Anfälle durch ihre lange Dauer und schnelles Aufeinanderfolgen auszuzeichnen scheinen. Bei Berndt sind in dem einen Falle seit der vor zehn Jahren vorgenommenen Operation



Krampfanfälle nicht wieder aufgetreten. Im zweiten Falle trat nach der Operation eine erhebliche Besserung des Allgemeinbefindens ein. Auch Bergers Patient nahm nach der Operation erfreulich zu. Er hat kurz nach der Operation noch Krampfanfälle gehabt; sie lagen zeitlich jedoch schon weiter auseinander, und seit dem September 1911 sind solche gänzlich ausgeblieben.

Sicher erscheint dem Referenten in Bergers Falle die Differentialdiagnose gegen Hysterie nicht.

Von **Volland**'s (139) beiden schönen Fällen zerebralen Angioms bei Epileptischen sei hier nur der erste referiert.

Intra vitam schon fiel das Feuermal der linken Gesichtshälfte auf.

Anatomisch wurde folgender Befund erhoben: Angeborene Hautteleangiektasien der linken oberen Gesichtshälfte, zahlreiche Gefäßneubildungen der linken Pia, am stärksten im Okzipitalfrontalpol und der Gegend der Arteria fossae Sylvii, demnach die Gebiete der Arteria cerebri anterior, — fossae Sylvii und cerebri posterior betreffend. Bei der histologischen Untersuchung zeigen sich in gradueller Hinsicht in erster Linie Kapillaren, weiterhin Venen und in dritter Linie Arterien von der Ektasie betroffen. Bei den Venen herrscht die Wandverdünnung vor, nur stellenweise sind Verdickungen der Adventitia mit Vermehrung der Zellelemente, dagegen nirgends degenerative Prozesse an den Gefäßwandungen festzustellen. Die Piaveränderungen haben eine Atrophie der linken Großhirnhemisphäre zur Folge gehabt, mit welcher die Atrophie der rechten Kleinhirnhalbkugel in Zusammenhang zu bringen ist. An dieser Stelle dürfte auch die linke Ammonshornsklerose in Verbindung mit den darüber liegenden Erweiterungen der Plexusgefäße des Unterhorns noch zu erwähnen sein.

Die histologischen Hirnveränderungen sind in denjenigen Windungen am stärksten ausgeprägt, über denen die Piaveränderungen ihre stärkste Entwicklung erreicht haben. Sie bieten folgenden Befund dar: Hochgradige Randgliose mit einem dichten Faserfilz, in welchen zahlreiche echte und unechte Spinnenzellen eingestreut sind, deren Kleinheit nach Weber für den chronischen Verlauf des Krankheitsprozesses spricht, degenerative Prozesse an den Ganglienzellen, hochgradige Einlagerung von Kalkkonkrementen in die Rinden- und etwas weniger auch in die Marksubstanz überall da, wo die angiomatösen Piaveränderungen ihre größte Intensität erreicht haben, stellenweise Vermehrung der Rinden- und Markvaskularisation, wobei einzelne Gefäße in den tieferen Rindenschichten und in der Marksubstanz entweder Kalkeinlagerungen aufweisen oder eine total verkalkte Wand besitzen, Reduktion der Betzschen Riesenpyramiden in der linken vorderen Zentralwindung, Schwund des super- und interradiären Flechtwerks.

Wir hätten demnach im vorliegenden Falle eine Teleangiektasie mit venöser Rankenangiombildung vor uns.

Es lehrt die Durchsicht der Literatur, daß in der übergroßen Mehrzahl von intrakraniellen Gefäßneubildungen epileptische Krampfanfälle ein Hauptsymptom gebildet haben.

Das häufige Auftreten von zerebralen Reizerscheinungen in Form von epileptischen Krampfanfällen bei den Teleangiektasien und Rankenangiomen ist um so erklärlicher, als diese Gefäßanomalien sich gerade im Bereich der Zentralwindungen und ihrer Nachbarschaft häufig zu entwickeln pflegen.

Suchow (128) bringt einen einschlägigen Fall und schließt sich der Ansicht an, daß Nutritica-Störungen eine Atrophie der Rindenzellen bedingen, welche ihrerseits zu marantischen Prozessen führt. (*Kron.*)



Suchow (129) berichtet über 2 Fälle von Kombination der Bechterewschen Wirbelsteifigkeit mit Epilepsie bei 2 Frauen (46 J. und 28 J.) und gibt eine literarische Übersicht dieser Erkrankung. (*Kron.*)

·Die sorgfältige Arbeit **Volland**'s (140) enthält im wesentlichen eine Bestätigung der Bratzschen Ansichten, daß bei Neuropathen und Psychopathen mit den psychischen Eigenheiten der Unstetheit und sittlichen Minderwertigkeit in den ersten Jahrzehnten im Anschluß an exogene, unangenehm erregende Momente Absenzen, Ohnmachtsanfälle, Schlafzustände, Äquivalente, Verstimmungen, Wutanfälle, grandmal und petitmal eintreten können, die aber nie zu einer geistigen Verblödung führen, sondern restlos wieder in späteren Jahren verschwinden können, und daß sich dann sogar eine gewisse Besserung des ganzen nervösen Zustandes einstellen kann. Wichtig ist noch, daß meist die eigentlichen Krampfanfälle ganz dem epileptischen grandmal gleichen, aber die petitmal-Anfälle ohne Herdsymptome einhergehen. Körperlich findet man bei den meisten vasoneurotische Störungen (blasse Gesichtsfarbe, Schwindelgefühl, Neigung zu kalten, oft blauen Händen und Füßen, Kopfschmerzen). Volland ist ebenso wie Bratz geneigt, die epileptoiden zerebralen Erscheinungen durch Vermittelung der Hirngefäße ausgelöst sich zu denken. Brom ist hier übrigens ohne Einfluß. — Auch die psychasthenischen Krämpfe, die ebenfalls durch Krankengeschichten erläutert werden, finden sich bei belasteten Neuropathen, denen aber die früher erwähnten psychischen Degenerationsmerkmale fehlen. Auch hier spielen exogene erregende oder erschöpfende Ursachen die Rolle des auslösenden Momentes, ebenso bleiben schädliche Dauerfolgen für die Psyche aus. Es kann ein solcher Anfall sich erstmalig und als einziger im Leben im höheren Alter ereignen, und es brauchen Konvulsionen überhaupt dabei nicht aufzutreten, es kann sich lediglich um Ohnmachtsanfälle mit einer Müdigkeitsaura, Bewußtlosigkeit und Erinnerungsverlust handeln. (*Zweig.*)

Rohde (110) stellt als Ergebnisse seiner wichtigen und im Referat nicht zu erfassenden Arbeit folgende Sätze auf:

1. Die sogenannten affektepileptischen Anfälle der Neuropathen gehören nicht dem Krankheitsbild der genuinen Epilepsie zu, denn es fehlt stets der progrediente Verlauf, auch in der Regel die Epilepsieheredität.

2. Sie sind auch nicht hysterischer Natur, denn es fehlt sowohl der „Wunsch nach Krankheit" als auch die „Sucht zu Lug und Trug", es fehlen die Erinnerungsentstellungen und ausgesprochene Störungen der Phantasietätigkeit der echten hysterisch-psychopathischen Konstitution, zudem spricht die ganze Art der Anfälle meist dagegen.

3. Sie finden sich bei endogen Nervösen, und zwar solchen mit spezieller Beteiligung des Gefäßapparates oder solchen, bei denen der vasomotorische Apparat auf dem Boden der Erschöpfung (besonders auch der Intoxikation) gelitten hat.

4. Es scheint nach allem das vasomotorische Moment auf dem Boden einer verminderten Widerstandskraft des Zentralnervensystems bei der Genese der Anfälle eine Hauptrolle zu spielen, allerdings meist unter Hinzutreten weiterer ätiologischer Momente. In der Mehrzahl der Fälle wird das labile Gefäßsystem durch Intoxikationen, Schädlichkeiten verschiedenster Art, speziell Daueraufregungen auch endogener Art noch weiter erschüttert und dann durch einen akuten Affekt ins Wanken gebracht, so daß „Anfälle" der verschiedensten Art auftreten.

Rohde bestätigt sowohl die klinischen Aufstellungen von Bratz über die affektepileptischen Anfälle der Neuropathen als auch dessen Erklärung der Pathogenese.



Clark (32) gibt differentialdiagnostische Erwägungen zur Unterscheidung psychisch bedingter Anfälle von der echten Epilepsie.

Anfimoff (5) berichtet über einen Fall von Reflexepilepsie, die nach einer Handverletzung mit nachfolgender Einklemmung des n. medianus in die Narbe. Die operative Loslösung des n. medianus, die 2 Jahre nach dem Trauma erfolgte, brachte die epileptische Anfälle nicht zum Schwinden, was Verf. dadurch erklärt, daß die motorische Pulssphäre der Hand bereits zu lange Zeit geschädigt war. (*Kron.*)

Hedlund (55) hat 12 Patienten mit nicht-traumatischer Epilepsie, davon 4 mit Jacksonscher Epilepsie, operiert. Die Kochersche Methode mit Ventilbildung verdient es nach Verf. nicht, bei der allgemeinen genuinen Epilepsie gebräuchlich zu werden; sie hat ihm keinen bleibenden Erfolg geleistet und gründet sich auf eine falsche Theorie. Bei der Jacksonschen Epilepsie hat Verf. mit der Methode von Horsley auch keinen Erfolg gehabt; bei dieser Krankheitsform wäre jedoch, in Anbetracht der vielleicht zu findenden anatomischen Hirnveränderungen, eine Operation zu empfehlen. (*Sjövall.*)

Audenino (7) studiert und registriert die Reflexe in der intervallären und akzessuellen Periode bei den idiopathischen (67) und Jacksonischen (7) Epileptikern.

Schlußsätze:

Intervalläre Periode: Es besteht häufig ein Antagonismus zwischen den Haut- und Sehnenreflexen (66 %), häufig auch Symmetrie (73 %).

Bei den idiopathischen Epileptikern kommt nicht selten eine gekreuzte Symmetrie vor. Die respektive Intensität der Haut- und Sehnenreflexe variiert unabhängig von den Anfällen.

Akzessuelle Periode: Vor dem Anfalle, Steigerung der Hautreflexe und Verminderung der Sehnenreflexe, nach dem Anfalle Verschwinden der Haut- und meistens Steigerung der Sehnenreflexe. Häufiger findet man nach dem Anfalle das Babinskische Phänomen und Variierung der Reflexkurve.

Abscence und Schwindel alterieren nicht den Reflexzustand. Die graphische Studie wurde mit Instrumenten ausgeführt, die von Verf. selbst erdacht worden sind. (*Audenino.*)

Quarto (104a) beschreibt einen seltenen Fall. Eine 26jährige zurückgebliebene Epileptikerin bot zahlreiche Nävi dar. Er nimmt an, daß bei seiner Patientin eine radikuläre Anordnung der Nävi vorlag; letztere sind pathogenetisch vom Nervensystem abhängig.

Verf. meint, daß bei seiner Epileptikerin sowohl die Dermopathie als die Geistesstörung von einem toxininfektiösen Moment abhängig seien, welches während des embryonalen Lebens eingewirkt hat. (*Audenino.*)

Neurath (93) hat eine interessante Beobachtung von rechtsseitiger Hemiepilepsie und Anfälle von Lähmung des rechten Beines bei einem Kinde gemacht: In der Familie der Mutter gehäuftes Vorkommen von Linkshändigkeit, mehrfach Fazialisasymmetrie. Erstes Kind: Entbindung 6 Wochen nach dem berechneten Termin. Sehr kurze Asphyxie. Am 3. Lebenstag Einsetzen rechtseitiger Konvulsionen unter konfluierenden Attacken, welche 3—4 Tage sich wiederholten. Gleichzeitig starker Ikterus. Vom Ende des 1. Lebensjahres an halbseitige epileptische Anfälle von wechselnder Dauer, außerdem auch Attacken von Lähmung des rechten Beines unter Schmerzen bei erhaltenem Bewußtsein und bei Fehlen von Krampfsymptomen.

Neurath nimmt bei diesem Kinde eine meningeale Blutung durch das Geburtstrauma an. Der intensive Ikterus und die als Bilirubinurie zu

deutende intensive Gelbfärbung des Urins sprechen für die Annahme einer zerebralen oder meningealen Hämorrhagie und sind als Resorptionsfolge des Extravasates zu deuten. Es hat also den Anschein, daß in diesem Falle das Geburtstrauma eine meningeale Hämorrhagie und diese die initialen Halbseitenkrämpfe und in der Folge eine rechtsseitige Hemiparese zur Entwicklung gebracht hätte.

Welche Stelle bleibt aber dann der in dieser Linkserfamilie anzunehmenden Minderwertigkeit der linken Hemisphäre?

Wir stehen damit vor der Frage, ob in diesem und in anderen Fällen das zu klinischen Erscheinungen führende meningeale Blutextravasat ein für den klinischen Nervenbefund und seine Folgen belangloses Akzedenz einer hereditär bedingten abnormen Anlage oder Entwicklungsstörung des Zentralnervensystems bedeutet, oder ob zwischen Blutung und Nervenkrankheit ein kausaler Zusammenhang anzunehmen ist. Neurath möchte an einen Zusammenhang in dem Sinne denken, daß eine entwicklungsgestörte Partie des Gehirnes, eine minderentwickelte oder intrauterin krankhaft veränderte Hemisphäre unter anderen Verhältnissen der Gefäßversorgung steht, als der Reife des Organismus entsprechend entwickelte oder gesunde Partien, daß im Gebiete einer solchen abnorm vaskularisierten oder gefäßinnervatorisch minderwertigen Hirnpartie das Geburtstrauma leichter und häufiger zur Blutung führen wird als in normalen Partien. Wir hätten also in der hereditären Rückständigkeit oder Störung der Entwicklung der linken Hemisphäre die Ursache der Hemiparese und der Linkshändigkeit, in diesem Faktor und vielleicht auch zugleich in der durch ihn bewirkten Meningealblutung die Ursache der initialen und der epileptischen Krämpfe zu sehen.

Von klinischem Interesse ist in diesem Falle das Auftreten von transitorischen, von den halbseitigen epileptischen Krämpfen zeitlich unabhängigen Paresen des rechten Beines, deren epileptische Natur durch die Attacken der Jackson-Krämpfe erwiesen erscheint, und die wir demnach als paralytische Äquivalente der Epilepsie zu nehmen haben.

Meyer (86) hat Meerschweinchen Blut eingespritzt, das von Epileptischen im Anfall oder in den freien Intervallen entnommen war.

In einer großen Reihe von Fällen war das Blut genuiner Epileptiker, vornehmlich dann, wenn es im Anfall entnommen war, imstande, bei Tieren Krampferscheinungen ganz bestimmter Art hervorzurufen, wie sie in dieser Form von Tieren her bekannt sind, die mit Pikrotoxin vergiftet wurden.

Blut von alkoholepileptischen Patienten verhielt sich nicht so.

Die wichtige Arbeit von **Pelz** (99) gipfelt in folgenden Ergebnissen: Es kommen bei der Hemikranie periodische Anfälle von epilepsieähnlichem Charakter vor, die aber nicht als Zeichen einer gleichzeitigen Epilepsie anzusehen sind, sondern als zwar atypische, aber echte hemikranische Symptome. In diesem Sinne muß also künftig die Symptomatologie der Migräne erweitert werden. Diese Anfälle können — in seltenen Fällen — als große „epileptische" Krampfanfälle auftreten; zumeist erscheinen sie als petitmalähnliche „Ohnmachten" mit tiefer kurz dauernder Bewußtlosigkeit. Sehr oft geht ihnen eine Aura voraus, die in ihrer Form meist derjenigen der typischen Migräneanfälle im betreffenden Falle entspricht. Zuweilen verlaufen solche Anfälle ohne erhebliche Bewußtseinstrübung. Sie entsprechen dann meist den sogenannten vagalen Anfällen von Gowers. Die Anfälle treten fast immer erst nach längerem Bestehen der Migräne, oft erst in späten Jahren, auf. Ein äußerer auslösender Anlaß wird zuweilen beobachtet, in erster Reihe Schwangerschaft und Gemütserregungen. Die Kopfschmerzanfälle selber können zur Zeit dieser „epileptiformen" Anfälle nach



Häufigkeit und Intensität zurücktreten, in seltenen Fällen für einen gewissen Zeitraum auch ganz zessieren. Die schwereren Formen treten ganz sporadisch auf, die leichteren Formen häufiger, aber auch nur für eine bestimmte Zeit. Die Differentialdiagnose im einzelnen Falle wird in erster Reihe die Diagnose der genuinen Migräne sicherzustellen haben (direkte Vererbung, früher Beginn, längeres typisches Bestehen) und zweitens das Fehlen epileptischer Antezedenzien. Oft kann erst der Verlauf die Diagnose entscheiden. Es ist zuzugeben, daß in anderen seltenen Fällen genuine Epilepsie und genuine Migräne nebeneinander vorkommen.

Die Pathogenese dieser Anfälle, welche Pelz mit den affektepileptischen Anfällen der Psychopathen parallelisiert, stellt er sich dahin vor: Einmal gehört die Migräne zu jener Gruppe der allgemeinen Entartungszustände des Gehirns, für die die Neigung in periodischen, anfallweise auftretenden Störungen zu verlaufen, charakteristisch ist. Diese Störungen sind entweder Entladungen der motorischen Sphäre oder mehr weniger ausgedehnte quantitative oder qualitative Störungen des Bewußtseins (Ohnmachten oder transitorische Geistesstörungen, Dämmerzustände). Diese Krankheitsgruppe umfaßt einmal die auf dem Boden der allgemeinen, hereditären neuro- bzw. psychopathischen Degeneration entstehenden Zustände (Epilepsie, Hysterie, Migräne, Psychasthenie usw.), und zweitens gehören dazu die Krankheitsbilder, die als Folge exogener allgemeiner Degeneration des Gehirns entstehen (alkoholische, traumatische Degeneration des Gehirns).

Für die Beziehung zwischen Epilepsie und Migräne ergibt sich aus Pelz's Auffassung, daß zu den vielen bereits lange bekannten Parallelen noch die hinzukommt, daß in beiden Erkrankungen ganz ähnliche bzw. gleiche Störungen der allgemeinen Hirnfunktion auftreten können, ohne daß daraus irgend etwas für die Identität der beiden Erkrankungen folgert.

Ammann (4) hat auf Anregung des tatkräftigen Leiters der schweizerischen Anstalt für Epileptische, Dr. Ulrich, eine brauchbare Statistik über die Epileptiker in der Schweiz zusammengebracht.

Benützt sind die schweizerische Mortalitätsstatistik, die Ausmusterungen aus der schweizerischen Armee in den 25 Jahren 1884—1909, die Resultate der Zählung der schwachsinnigen Kinder im schulpflichtigen Alter mit Einschluß der körperlich gebrechlichen und sittlich verwahrlosten 1897, die Schuleintrittsmusterungen im Jahre 1911.

In der Schweiz leben nach diesen Quellen mindestens 20 000 Epileptiker, oder etwas mehr als 5% der Bevölkerung.

Der Hauptteil der Epilepsien tritt während der Pubertät auf.

Das Durchschnittsalter der Epileptiker liegt zwischen 35 und 40 Jahren, ungefähr $1^1/_2$ Jahrzehnte tiefer als beim Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Die meisten Epileptiker sterben zwischen 15 und 55 Jahren, der Durchschnitt aller Einwohner der Schweiz zum größten Teile zwischen 55 und 80 Jahren. Dabei ist die Säuglingssterblichkeit nicht berücksichtigt.

Auf 4 epileptische Männer kommen in der Schweiz nach Ammann 3 epileptische Frauen. Aus diesen Zahlen scheint hervorzugehen, daß die Alkoholepileptiker zum Teil mitgezählt sind.

Ungefähr ein Drittel der das heiratsfähige Alter erreichenden Epileptiker kommt zum Heiraten.

Fast ein Drittel bleibt zeitlebens erwerbsunfähig; ebensoviele werden in einer schweizerischen Anstalt versorgt.

Die traumatische Epilepsie tritt ganz zurück gegenüber der genuinen.

Dem Alkoholismus kann als auslösendem Moment keine allzugroße Rolle zugesprochen werden.



62% der Epileptiker sterben infolge der Epilepsie, 42% im Anfall.

Die von Geburt an bestehende Epilepsie mit Idiotie ist relativ selten.

Nach **Tintemann**'s (134) früheren, jetzt wieder bestätigten Untersuchungen lassen sich beim Epileptiker zur Zeit der Anfälle, ausgesprochen zur Zeit von Anfallsserien, eine Anzahl Störungen im intermediären Stoffwechsel nachweisen, die an den Krampfanfall gebunden sind und daher bis zu einem gewissen Grade für ihn charakteristisch sind. Die regelmäßigste von ihnen ist die Zunahme der Gesamtsäuremengen im Urin, die bedingt ist durch Mehrausscheidung einer Reihe von verschiedenartigen Säuren.

Fast ebenso regelmäßig wie die Harnsäurevermehrung ist zur Zeit der Anfälle die Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung. Beide zeigen oft einen Parallelismus in ihrem Verhalten. Je größer die Harnsäureausscheidung ist, um so höher liegt auch das Maximum der Phosphorsäureausscheidung.

Wichtig ist nun, daß Tintemann, also derselbe Forscher mit der gleichen Untersuchungsmethode, bei epileptiformen Krampfanfällen ähnliche Ergebnisse erhalten hat. Es handelt sich um einen Kranken mit Schrumpfniere und Anfällen, die zum Teil den Charakter von Jacksonschen Anfällen, zum Teil denjenigen ausgebildeter epileptischer Krämpfe trugen.

Der zweite untersuchte Kranke mit epileptiformen Krämpfen war ein Fall von hereditärluetischer-organischer Gehirnerkrankung.

Tintemann selbst faßt die Ergebnisse an den beiden genannten Kranken dahin zusammen, daß sich auch in Fällen, die nicht zum Bilde der echten genuinen Epilepsie gehören, Störungen im intermediären Stoffwechsel finden können, die denen bei der genuinen Form bald mehr, bald weniger gleichen.

Hallager (54) gibt, gestützt auf frühere Untersuchungen, seine Anschauungen über die postparoxysmale Albuminurie und Polyurie der Epileptiker wieder: Danach führt der epileptische Anfall immer eine gleichzeitige Anämie der Niere mit sich. Wenn diese groß genug ist, gibt sie sich durch Albuminurie zu erkennen.

Wenn die postparoxysmale Albuminurie die Folge einer schnell vorübergehenden, durch Konstriktion der Nierengefäße hervorgerufenen Anämie der Niere ist, so ist es leicht verständlich, daß eine durch reaktive Gefäßdilatation bedingte Hyperämie danach entstehen und eine Polyurie verursachen kann. Vielleicht, ja wahrscheinlicherweise, ist die Diurese nach einem epileptischen Anfall immer größer, als sie, ceteris paribus, ohne den Anfall gewesen wäre.

Zappert (148) hat eine Reihe von Fällen beobachtet, bei denen die Diagnose einer kindlichen Epilepsie mit einem hohen Grade von Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte, und welche eine auffällige Besserung zeigen, so daß auch nach Aufhören einer sedativen Behandlung durch ein und mehrere Jahre hindurch die Anfälle ausblieben. Das ist, wenn auch kein Heilungsvorgang, so doch eine wichtige Tatsache für die geistige Entwicklung der Kinder und läßt immerhin, selbst wenn im späteren Leben die Anfälle wiederkehren sollten, eine Ausbildung der Kinder und Berufsmöglichkeit zu. Wir sind dadurch berechtigt, die Prognose der Epilepsie im Kindesalter, wenn auch nicht gerade günstig, so doch nicht absolut infaust zu stellen und dürfen zum mindesten den Patienten, bzw. deren Eltern, langdauernde Remissionen in Aussicht stellen.

Tél (131): Die als Aura oder in postparoxystische Verwirrtheit bei Epileptikern zu beobachtende Euphorie, welche automatische oder Zwangsbewegungen nach sich zieht, wurde als selbständiger Symptomenkomplex bisher nicht bezeichnet.

Moravcsik hat sie in einer in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie erschienenen Arbeit unter dem Namen der epileptischen Euthymie und Euthymopraxie zusammengefaßt.

Tél veröffentlicht jetzt die betreffenden ausführlichen Krankheitsgeschichten.

Aus **Schuppius**' (116) Versuchen, Epileptiker im paroxystischen Zustande schreiben zu lassen, geht hervor: Es lassen sich irgendwelche Regeln von allgemeiner Gültigkeit nicht aufstellen. Damit ist die klinische Verwertbarkeit von Schreibversuchen bei Epileptikern auf ein Minimum beschränkt. Da man eben mit Sicherheit nur das eine sagen kann, daß bei dem einzelnen Kranken die Schwere der Schreibstörung wechseln kann entsprechend der Schwere seiner Anfälle, wären Schreibversuche hauptsächlich nur dazu zu verwenden, bei einem Kranken die Schwere des Anfalls sozusagen graphisch festzulegen und sich so für die Zukunft eine Handhabe zum Vergleich zu schaffen.

Jödicke (60) hat günstige Erfolge bei Behandlung des status epilepticus mit Blutentziehung und gleichzeitiger Salzinfusion gesehen.

Nachdem Strophantus und Amylinhydrat per os bzw. per rectum verabreicht ist, entfernt Jödicke je nach der Schwere der Erkrankung aus der Medianvene der Ellenbeuge 50—150 ccm Blut, infundiert dann 100 bis 500 ccm Salzlösung unter der Haut unterhalb des Brustmuskels.

Marie und **Nachmann** (84) haben bei einem 27jährigen Epileptiker den günstigen Einfluß der Verminderung des atmosphärischen Druckes auf den Gang des Leidens verfolgt.

Audebert (6) wurde durch die offenbare Verschlimmerung, welche eine Epilepsie durch Gravidität erfuhr, trotz anfänglicher Abneigung doch gezwungen, künstlichen Abort einzuleiten. Dasselbe Verfahren war in einer früheren Schwangerschaft derselben Patientin schon durch einen russischen Arzt eingeschlagen worden.

Nach **Krasser**'s (68) hypothesenreichem Gedankengange liegt die Vermutung nahe, daß die Rachitis, welche bei jugendlichen Individuen eine sehr häufige Ursache von Krampfanfällen ist, und die genuine Epilepsie einer gemeinsamen Wurzel entspringen.

Bei vorwiegend negativem Befunde in Gehirn und Rückenmark finden wir, daß im klinischen Bilde der Rachitis die Ernährungsstörung bzw. eine Behinderung der assimilatorischen Vorgänge im Vordergrunde der Erscheinungen steht, namentlich Störungen des Kalk- und Phosphorstoffwechsels, doch sind auch der Eiweiß- und Fettumsatz und nicht zuletzt der Kohlehydratstoffwechsel in mehr oder minder hohem Grade alteriert. Die Übergänge dieser Störungen zu den Stoffwechselstörungen der Epileptiker sind nach Krasser fließende.

Krasser kommt zu dem Schlusse, daß es bei Überempfindlichkeit im sympathischen Nervensysteme durch Kalkverarmung auch zu abnormer Tätigkeit im chromaffinen Systeme kommen muß. Von besonderer Wichtigkeit für das Zustandekommen der Krampfanfälle erscheine im einzelnen Falle die Größe des Mißverhältnisses zwischen Schädel und Gehirn und die dadurch bedingte Erschwerung des Blutabflusses aus dem Gehirne sowie die Fähigkeit des Splanchnikus, die durch die primäre abdominelle Gefäßkrise entstandenen Verschiebungen in der Blutverteilung auszugleichen und nicht zum mindesten das Ausbalancierungsvermögen des gesamten Gefäßsystems.

Ein klarer Fall der sonst so seltenen traumatischen Epilepsie. Er wird von **Bernard** (14) so erklärt, daß bei dem Unfall ohne Haut-



verletzung und ohne Verletzung der äußeren Knochentafel ein Bruch der inneren Tafel statthatte, der zurückfedernd die durch Kontrekoup fest angedrückte Dura einklemmte. Die Blutung, die dabei erfolgt sein muß und in ihren Resten bei der Obduktion nachgewiesen werden konnte, kann eine besondere Stärke nicht gehabt haben, denn Druckerscheinungen eines größeren Ergusses sind nicht beobachtet worden. Eine Stirnwunde ist nicht vorhanden gewesen, subjektiv wurden aber sich steigernde Kopfschmerzen an der rechten Stirnseite, leichte Ermüdbarkeit, Nervosität und häufiger Schlafmangel seit dem Sturze empfunden.

Der Unfall erfolgte im 33. Lebensjahr des Patienten. Zirka ½ Jahr nach dem Unfall trat der erste epileptische Anfall auf. Die anschließende schwere Epilepsie führte unter Status epilepticus 6 Wochen nach dem ersten Anfall schon zum Tode.

Erbliche Belastung war vorhanden.

Goudberg (50) hat auf Anregung von Bornstein folgende Versuche über die Urinausscheidung krampfender Kaninchen gemacht:

Nach 2 mal 24 Stunden Fasten im Stoffwechselkäfig wurden am dritten Tage die Tiere morgens auf das Operationsbrett gespannt und katheterisiert. Dieser Urin wurde nicht verwendet. Nach 4 Stunden wurde wieder katheterisiert und die Blase ausgespült. Dieser Urin wurde gesammelt und war Portion I. Das Tier wurde dann befreit und wieder in seinen gereinigten Stoffwechselkäfig gebracht. Bei einigen Tieren wurde abends nochmals um 7 Uhr auf dieselbe Weise der Urin aufgefangen (Portion II). Den nächsten Tag wurde morgens um dieselbe Zeit das Tier wieder aufgespannt und katheterisiert (diese Portion und eventuell im Käfig gelassene Mengeportion III). Dann wurde das Kaninchen auf dem Brett umgedreht, auf seiner Bauchseite aufgespannt und eine Schädelhälfte trepaniert, so daß das motorische Zentrum freigelegt wurde.

Dann wurde faradisch gereizt, so lange, daß die Periode von 4 Stunden ausgefüllt war. Das Tier wurde abwechselnd 5 Minuten elektrisiert und 5 Minuten in Ruhe gelassen.

Nachdem während 4 Stunden so Krämpfe hervorgerufen waren, wurde die Wunde wieder zugenäht, das Tier katheterisiert (Portion IV), befreit und in den Käfig gebracht. Dann wurde es wieder wie am Vorversuchstage behandelt, also abends und morgens aufgespannt, katheterisiert und eventuell der Urin des Stoffwechselkäfigs gesammelt (Portion V und VI).

Einige Tiere ließen spontan am Tage der Operation ihren Urin, die meisten aber nicht. Während des Fastens und auch am Vorversuchstage hatte kein Tier spontane Miktion.

Einige Male erzielte Goudberg typische klonische Krämpfe, die auch nach der Reizung längere Zeit anhielten, bis eine Minute. Andere Male nur tonische Krämpfe, wobei Goudberg dann den Strom jede Sekunde aus- und wieder einschaltete, so daß doch eine Art klonischer Krämpfe zustande kam. Im allgemeinen vertrugen die Tiere die Operation gut.

In allen Versuchen wurde eine Vermehrung der Harnsäure nach Krämpfen gefunden. Aber es ergab sich, daß bei der Epilepsie ein grobmechanischer Zusammenhang zwischen Harnsäure und Anfall besteht in dem Sinne, daß, wie jede Muskelarbeit, auch der epileptische Anfall eine vermehrte Ausscheidung der Harnsäure zur Folge haben kann, daß aber eine tiefere ätiologische Beziehung zwischen Harnsäure und Epilepsie zurzeit noch nicht bewiesen ist.

Die Inauguraldissertation **Sommer**'s (122) gibt die Krankheitsgeschichte eines Epileptikers mit Dämmerzustand wieder.



Die Inauguraldissertation **Weider**'s (144) gibt in Tabellenform die Krankheitsgeschichten von 43 epileptischen Kindern der Kieler psychiatrischen Klinik wieder.

Sioli (120): Eine seit ihrem 4. Lebensjahre epileptische Patientin stieß sich im epileptischen Anfall, der sie beim Schreiben überraschte, das Ende eines hölzernen Federhalters vom inneren Augenwinkel aus durch die Orbita ins Gehirn.

Nach dem $1^1/_4$ Jahr später folgenden Tode fand sich ein an der Spitze des rechten Schläfenlappens aus dem Gehirn herausragendes, rundes, gleichmäßig dickes Holzstück.

Chauffard und **Rendu** (159) berichten über einen anatomisch beglaubigten Fall von Konvulsionen bei Diabetes.

Marie und **Donnadieu** (253) haben die bekannten Versuche von Brown-Séquard wiederholt, männliche Meerschweinchen durch Durchschneidung des Nervus ischiadicus epileptisch zu machen.

Aber die Krämpfe blieben aus.

Pappenheim's (97) große, auf zahlreiche genaue und langjährige Beobachtungen gegründete Arbeit über die Dipsomanie beschäftigt sich nicht nur mit der Einordnung dieses Symptomenkomplexes in die höheren klinischen Einheiten. Die Arbeit ist für unsere gesamte Auffassung von der Epilepsie bedeutsam.

Ihre besonderen Ergebnisse sind folgende:

1. Die Dipsomanie äußert sich in Anfällen, die charakterisiert sind durch eine depressiv gefärbte, kurz dauernde Verstimmung mit mächtigem Verlangen nach Alkohol, welches den Kranken zu Trinkexzessen veranlaßt. Sekundär mischen sich den Symptomen des Anfalls exogene, durch die Alkoholwirkung bedingte Erscheinungen bei.

2. Die Mächtigkeit der Begierde nach dem Alkohol, welcher dem Zwecke dienen soll, die Verstimmung zu lindern, hat ihre Wurzel in einer Konstitutionsanomalie, die dem Dipsomanen mit dem Pseudodipsomanen und dem chronischen Alkoholiker gemeinsam ist.

3. Die Abtrennung jener Fälle, bei welchen der Trinktrieb nicht durch eine Verstimmung ausgelöst wird, von der Dipsomanie ist zweckmäßig.

4. Die Verstimmungen der Dipsomanen sind teils reaktiver, teils primärer Natur. Die reaktive Natur der Anfälle zeigt sich einerseits in der Auslösung des einzelnen Anfalles, andererseits in der Abhängigkeit der Häufigkeit und der Schwere der Anfälle von äußeren Umständen.

5. Im ganzen scheint bei den Dipsomanen die reaktive Stimmungslabilität gegenüber der primären zu überwiegen.

6. Die einzelnen Verstimmungen der Dipsomanen lassen in der Regel die dauernd abnormen Züge der gesamten psychischen Konstitution des Kranken erkennen.

7. Es scheint, als ob in den leichteren Fällen die Einwirkung des Alkohols hauptsächlich in einer Verstärkung dieser konstitutiv abnormen Züge sich äußerte, während erst bei höhergradiger Einwirkung des Alkohols diese Züge hinter den exogenen Erscheinungen verschwinden.

8. Der dipsomanische Symptomenkomplex könnte gelegentlich als Erscheinungsform einer organischen Psychose vorkommen; doch scheint dies äußerst selten der Fall zu sein. Man wird zweckmäßigerweise diese Formen von der Dipsomanie abtrennen und von organischer Krankheit mit dipsomanischem Symptomenkomplexe sprechen.

9. Die Prognose der Dipsomanie hängt im wesentlichen von dem Habitualzustand der leidenden Persönlichkeit und den äußeren Verhältnissen ab, unter denen sie lebt.

10. Die Beurteilung im dipsomanischen Anfall vollführter Straftaten oder eingegangener rechtlicher Verbindlichkeiten wird sich auf die Untersuchung der dauernden psychischen Konstitution des Individuums einerseits, auf die exogenen Wirkungen des Alkohols im einzelnen Falle andererseits zu stützen haben.

Spencer (123): In einem Falle von akuter Nephritis mit Versagen der Urinsekretion und urämischen Konvulsionen wurde beiderseitige Nephrotomie mit Dränage des Nierenbeckens gemacht. Es trat Besserung ein.

Stamm (124) hat bei einem Neugeborenen Konvulsionen beobachtet, welche am ersten Lebenstage einsetzten. Das gesamte Krankheitsbild entsprach so sehr der bekannten Schilderung von Seitz, daß Stamm danach die Diagnose „infratentoriale Blutung" stellte.

Die Lumbalpunktion wirkte in diesem Falle, im Gegensatz zu den Erfahrungen von Seitz, durch Beseitigung des Hirndruckes lebensrettend.

In einem zweiten Falle Stamms, in welchem auch bei dem Neugeborenen Konvulsionen auftraten und bis zu dem im Alter von 9 Monaten erfolgten Tode sich noch Optikusatrophie entwickelte, zeigte die Sektion kongenitale Defektbildung des Gehirns. Beide Hemisphären, die linke etwas mehr als die rechte, waren in einen gänseeigroßen Hohlraum verwandelt mit flüssigem Inhalt.

Nach Stamm sind die meisten Krämpfe der Neugeborenen im Gegensatz zu den späteren spasmophilen Konvulsionen der Säuglinge nicht funktionell, sondern organisch bedingt.

Stoeltzner (126) gibt Ratschläge für die Behandlung spasmophiler Säuglinge.

Otto (210) teilt mit: Ein vierjähriger ostpreußischer Wallach erkrankte unter folgenden Erscheinungen:

Das Pferd stand mit steifem Halse, von sich gestrecktem Kopfe und bodenweiter Stellung steif da. Die Bewegungen wurden tappend und unsicher ausgeführt. Die Kruppen- und Halsmuskeln waren stark gespannt. Der Puls war kräftig, 46mal fühlbar, die Atmung angestrengt und beschleunigt.

Da sonst keine anderen Krankheitserscheinungen zu finden waren, wurde die Diagnose „Starrkrampf" gestellt und die Behandlung eingeleitet.

Am folgenden Tage waren alle vorher beschriebenen Erscheinungen verschwunden. Nach 14 Tagen traten wieder dieselben Symptome auf, um ebenso schnell wieder zu schwinden. Zu gleicher Zeit wurde bemerkt, daß zahlreiche Spulwürmer von dem Pferde abgesetzt wurden. Aus diesem Grunde erhielt das Pferd Tartarus stibiatus im Trinkwasser aufgelöst und eine Aloepille. Hierauf gingen zahlreiche Spulwürmer ab. Seitdem fanden sich die erwähnten starrkrampfähnlichen Erscheinungen nicht wieder, so daß die Erkrankung auf Vorhandensein von Spulwürmern zurückgeführt werden kann.

Wahrscheinlich wurden die sensiblen Nerven des Darmes von den Spulwürmern gereizt und hierdurch reflektorisch bestimmte Muskelgruppen in Kontraktionszustand versetzt.

Puerperaleklampsie.

Dienst (164, 165) gibt in der ersten der beiden Arbeiten in der Form der vorläufigen Mitteilung, in der zweiten sehr ausführlich eine Polemik gegen verschiedene, und zwar von Dr. Grigoriu, M. Christea und Dr. Bianca Bienenfeld (Wien), von Küster (Breslau) und von Landsberg (Halle) gegen seine Eklampsietheorie gemachten Einwände.



Die Eklampsie kommt nach Diensts Theorie folgendermaßen zustande:

Der schwangere Zustand veranlaßt bei nicht voll ausreichender Tätigkeit des Herzens gegenüber der Mehrarbeit in der Schwangerschaft zirkulatorische Störungen in den Ausscheidungsorganen, welche eine ungenügende Entgiftung und daher eine allmähliche Ansammlung des in der Schwangerschaft erzeugten, aus den verbrauchten mütterlichen Blutkörpern sich bildenden, ungemein toxisch wirkenden Fibrinferments in krankmachender Menge im Blut bedingen. Erstgebärende und Frauen mit mehrfacher Gravidität sind besonders zur Schwangerschaftsintoxikation disponiert einmal wegen ihres Leukozytenreichtums und der Menge des von ihnen produzierten Fibrinferments und Fibrinogens, sodann weil dem Herzen eine Mehrarbeit wegen des erhöhten intraabdominalen Druckes erwächst, der durch das Emporsteigen des schwangeren Uterus ins Abdomen veranlaßt wird und hier wegen straffer Bauchdecken noch besonders erhöht ist. Auf diese Weise kann leicht, infolge unzureichender Durchblutung, eine relative Insuffizienz der Ausscheidungsorgane und dadurch eine ungenügende Ausscheidung, und daher eine Ansammlung von toxischem Fibrinferment und Fibrinogen in krankmachender Menge im Blut solcher Schwangeren erfolgen.

Beim Vorhandensein von nur unbedeutenden Mengen dieser toxischen Substanzen werden nur degenerative Schäden an den parenchymatösen Organen erzeugt werden, die sich klinisch durch Albuminurie, Ödeme und Stoffwechselstörungen bemerkbar machen. Wenn aber bei einer Ansammlung größerer Mengen dieser Stoffe erst das zur Fibrinbildung nötige Konzentrationsverhältnis des Fibrinferments zum vorhandenen Fibrinogen erreicht ist, dann kommt es zu allgemeinen Vergiftungssymptomen, die durch eine umfangreiche Fibrinbildung im Organismus der Schwangeren und infolge rasch wechselnden Gehirndruckes zu Krampfanfällen führen. Die anfangs noch normale oder durch ungenügende Durchblutung oder Stauung bedingte, aber klinisch noch keinerlei ernstere Symptome hervorrufende leichte Nierenstörung wird durch das infolge von ungenügender Durchblutung der Leber im Blut abnormerweise angesammelte Fibrinferment, das nun der Niere zur Ausscheidung überwiesen wird, dabei aber die Niere schädigt, zur toxischen Schwangerschaftsniere verschlimmert. Weiterhin aber wird die toxische Leydensche Schwangerschaftsniere durch das gleichzeitig im Blut in größeren Mengen zurückgehaltene Fibrinogen in den Zustand der für den Organismus äußerst bedenklichen Schwangerschaftsnephritis übergeführt. Der autoptische Befund wird bei dieser chronischen Form der Eklampsie schwerste Veränderungen an den Ausscheidungsorganen und ebenso eine degenerative Verfettung des Herzmuskels ergeben.

Es kann, wenn die zur Fibrinbildung nötige Konzentration des Fibrinferments zum vorhandenen Fibrinogen niemals erreicht wird, zwar auch nicht zur multiplen Thrombose und zu Krämpfen, aber beim Vorhandensein reichlicher Mengen von Fibrinogen zu den schwersten degenerativen Veränderungen des Herzens und der Ausscheidungsorgane kommen, mit denen ein Weiterleben nicht vereinbar ist. Nekrosen und Verfettung in der Leber, schwerste Nierendegeneration mit Nekrosen des Epithels der gewundenen Harnkanälchen und der Henleschen Schleifen und degenerative Verfettung des Herzmuskels charakterisieren den autoptischen Befund der sogenannten „atypischen Eklampsie", d. h. derjenigen hochgradigen Schwangerschaftsintoxikation, die ohne Krämpfe verläuft.

In selteneren Fällen kann bei sonst ganz gesunden Schwangeren schon allein durch den mechanischen Druck der hochschwangeren Gebärmutter auf

die großen venösen Beckengefäße das aus der Plazenta ausgeschiedene Prothrombin längere Zeit am Abfluß gehindert werden. Dann kann es ohne jede Mitbeteiligung der Ausscheidungsorgane zur anfänglichen Zurückhaltung größerer Mengen von Prothrombin und Leukozyten in den Venen und Lymphspalten der ganzen unteren Körperhälfte kommen, die dann nach Beseitigung der Stauung durch die Wehen auf einmal in großen Mengen ins arterielle kalkreiche Blut gelangen und hier in Fibrinferment ganz plötzlich in großer Menge umgewandelt werden. Die hier nur in normaler Menge vorhandenen Hemmungsstoffe werden gegen das in überreicher Menge plötzlich den Blutkreislauf überschwemmende Fibrinferment nicht erfolgreich ankämpfen können und dadurch die Eklampsie veranlassen. Der autoptische Befund bei der „akuten Eklampsie ohne Albuminurie“ wird die für eine chronisch verlaufende Eklampsie als charakteristisch bezeichneten Leber- und Nierenveränderungen vermissen lassen. Auch eine pathologisch gesteigerte Fibrinogenansammlung wird hier im Blutplasma fehlen.

In den meisten Fällen werden sich beide Zustände kombiniert einstellen, indem zu einer durch Leberzirkulationsstörungen anfänglich veranlaßten und durch gleichzeitig vorhandene Zirkulationsstörungen in den Nieren weiter begünstigten Schwangerschaftsintoxikation leichteren Grades gegen Ende der Schwangerschaft eine mechanische Behinderung des Abflusses der Vena cava durch den Druck der hochschwangeren Gebärmutter sich hinzugesellt. Durch die Wehen wird auf die geschilderte Weise eine plötzliche schwere Fibrinfermentintoxikation eingeleitet. Die anfangs unter den Symptomen einer leichten Schwangerschaftsniere erkrankte Schwangere wird unter plötzlicher Verschlimmerung des Nierenleidens von einer Eklampsie während der Geburt oder erst im Wochenbett überrascht werden. Der autoptische Befund an der Leber und der Niere wird bei dieser gewöhnlichsten Form der Eklampsie, die also gewissermaßen subakut einsetzt, mehr von der ursprünglich vorhanden gewesenen Menge und der Einwirkungsdauer der die voraufgegangene Schwangerschaftsintoxikation veranlassenden toxischen Substanzen abhängen, als von den Folgezuständen der Thromben bei der später hinzugetretenen Eklampsie.

Insonderheit werden je nach der Quantität des hier bald in größerer, bald in geringerer Menge vorhanden gewesenen Fibrinogens, und je nachdem diese toxische Substanz längere oder kürzere Zeit vor dem Ausbruch der Konvulsionen im schwangeren Organismus sich breit machen konnte, die Lebernekrosen bald eine größere, bald eine geringere Ausbreitung zeigen.

Dienst formuliert jetzt seine Theorie dahin, daß das aus dem Zerfall der zu physiologischen Zwecken während der Gestationszeit verbrauchten vielkernigen Leukozyten hervorgehende Fibrinferment, welches infolge von Blutstauung in der Leber nicht hinreichend im Blute Antithrombin vorfindet und sich daher in pathologischer Menge ansammelt, auch bei schwangeren Frauen die toxische Substanz ist, welche den Hydrops graviditatis und die Schwangerschaftsniere hervorruft. Weil das ins zirkulierende Blut geratene Fibrinferment aber auch in der Leber analoge degenerative Gewebsveränderungen erzeugt wie in der Niere, begünstigt es zugleich durch die schädliche Einwirkung auf die Leber eine Leberinsuffizienz, wodurch die mehrfach nachgewiesene abnorme Ansammlung von Fibrinogen im Blute bei Frauen mit Schwangerschaftsniere und Eklampsie ihre Erklärung findet und ebenso der weitere Anstieg von Leukozyten im Blute. Das toxische Fibrinogen verschlimmert die Schwangerschaftsniere zur Schwangerschaftsnephritis. Das der Leber durch die Arteria hepatica zugeführte Fibrinogen erzeugt weiter Gewebsblutungen und durch primäre Nekrosen des Leberparenchyms in der



Peripherie der Azini und Verfettung in den zentralen Bezirken der Leberläppchen so schwere Stoffwechselstörungen, daß dadurch schon das kranke Individuum als Opfer einer sogenannten Eklampsie ohne Anfälle dahingerafft werden kann.

Da bald nach der Injektion des Fibrinogens das Versuchstier in ein tiefes Koma verfällt, so dürfte das Koma in gleicher Weise beim Menschen auf die spezifisch toxische Wirkung des Fibrinogens auf das Gehirn zurückzuführen sein.

Vor allem aber verursacht das Fibrinogen infolge seiner chemotaktischen Wirkung eine weitere Vermehrung der Fibringeneratoren durch eine hochgradige Hyperleukozytose und erzeugt als Grundstoff des Fibrins durch seine Vereinigung mit dem hier in abnormer Menge entstehenden Fibrinferment die multiplen Fibrinthromben bei der Eklampsie, welche die Konvulsionen auslösen.

Die eine Fibrinfermentansammlung im Blute bewirkende Blutstauung in der Leber kann primär sein durch Erhöhung des Bauchinnendruckes und wird dann bedingt durch den Druck des stark vergrößerten schwangeren Uterus direkt oder indirekt durch Verdrängen der Intestina gegen die Leber, welche nirgends hin ausweichen kann, zumal wenn die straffen Bauchdecken einer erstmalig Schwangeren ein Entweichen der Eingeweide nach vorn verhindern. Sie kann aber auch sekundär und eine Teilerscheinung von einer allgemeinen Blutstauung sein bei Frauen, deren Herzen und Nieren nicht voll leistungsfähig sind, und welche deshalb die durch die Schwangerschaft bedingte Mehrarbeit nicht voll leisten können.

Freund (176) ist Anhänger der plazentaren Theorie der Puerperaleklampsie. Den modernen Ergebnissen entsprechend, faßt er die Grundidee dieser zweifellos gangbaren Hypothese dahin zusammen, daß in jeder Gravidität vom Ei aus eine parenterale Aufnahme plazentarer, für die Mutter blutfremder Stoffe erfolgt, und daß der ungestörte Ablauf der Gravidität nur durch den vollständigen Abbau dieser Stoffe im dem mütterlichen Blute gewährleistet wird. Andernfalls häufen sich giftige Eiweißzerfallsprodukte im Blute an, die ihrerseits wieder durch Organschädigungen Stoffwechselstörungen veranlassen. Je nach Art und Menge der Giftstoffe, andererseits je nach der Resistenz des mütterlichen Blutserums und der Gewebssäfte kommt es dann zu leichten oder schweren Krankheitserscheinungen im mütterlichen Organismus. Ähnlich wie bei den Infektionen stehen wir auch bei diesen Eiweißintoxikationen zwei inkommensurablen Größen gegenüber, da wir weder die Virulenz des Giftes (hier sogar die Stoffe selbst nicht) noch vor allem die individuelle Widerstandskraft gegen die Noxe ermessen können.

Daraus ergibt sich das überaus wechselvolle Krankheitsbild der Eklampsie.

Unter den Eklampsiefällen **Freund**'s (177) findet sich wieder eine der schweren Graviditätstoxikosen, welche wir uns als „Eklampsie ohne Krämpfe" zu bezeichnen gewöhnt haben.

Die Sektion zeigte die typischen Veränderungen der Gewebe.

In den Untersuchungen von **Esch** (169) erzeugt die intrakardiale Injektion von Harn, der teils von gesunden, nicht graviden und von uteruskarzinomkranken Frauen, teils von normalen Schwangeren, Kreißenden und Wöchnerinnen und andrerseits von Eklamptischen stammte, bei Meerschweinchen in den meisten Versuchen Krankheitserscheinungen, die je nach dem Grade der Harntoxizität mehr oder meniger den Symptomen des leichten oder schweren anaphylaktischen Choks glichen.



Die Autopsie der getöteten Tiere wies den charakteristischen Befund der im anaphylaktischen Shok gestorbenen Meerschweinchen auf.

Die subkutane oder die intraperitoneale Einverleibung von einfachem, nicht ausgesprochen giftigem Harn bewirkte bei weißen Mäusen kaum nennenswerte Symptome, dagegen verursachte die Injektion von Harnrückstand bei ihnen bemerkenswerte Erscheinungen (Krämpfe oder Parese, Dyspnöe, Tod). Die Sektion der getöteten Mäuse ergab durchweg eine Hyperämie der Bauchorgane und einige Male auch eine auffallende Füllung der Gallenblase.

Die Giftwerte des Harns, berechnet nach der Temperaturreaktion, waren bei gesunden Schwangeren kaum erhöht, bei Kreißenden im allgemeinen herabgesetzt (mindestens nicht erhöht) und bei Wöchnerinnen anscheinend etwas gesteigert.

Bei zwei Fällen von schwerer Eklampsie intra partum war der Harn in der Eröffnungsperiode sehr toxisch, während in einem dritten, klinisch sehr leichten Fall, die Giftwirkung des Harns die von normalen Kreißenden nicht überstieg.

Wie bei den letzten Fällen die Ergebnisse der biologischen Untersuchung des Geburtsharnes mit der Schwere der Erkrankung Hand in Hand gingen, so verschwand auch die eben erwähnte hohe Toxizität entsprechend der Schwere der Erkrankung mehr oder weniger verzögert im Wochenbette.

Bei einem Fall von schwerer Nephritis gravidarum war die Giftausscheidung im Harne auffallend gering, während sie bei einem Fall von geringerem Eiweißgehalt etwas erhöht war.

Die Harntoxizität ist unabhängig von dem Säuregrad und dem Gehalt des Harns an genuinem Eiweiß, und im allgemeinen auch unabhängig von dem spezifischen Gewicht desselben.

In dem ersten Falle **Polano**'s (212) scheint die Kombination der Gifte Morphium und Arsen zusammen mit dem Zustand der Gravidität bei der von vornherein krepiden, epileptischen Patientin einen epileptischen Dämmerzustand mit anschließendem Exitus ausgelöst zu haben.

Franz (174) stellt die Beweise für seine Auffassung von der Eklampsie als Eiweißzerfallstoxikose zusammen.

Zinsser (234) gibt bestimmte Untersuchungen in klarer Darstellung wieder:

Es haben die neuen Untersuchungen ergeben, daß die Funktionsstörung bei der Eklampsieniere im wesentlichen die Wasserausscheidung und die Elimination der Chloride betrifft, daß weiterhin die ödematösen, also die aus einer Schwangerschaftsniere hervorgegangenen Eklampsien erhebliche Mengen offenbar retinierter Chlorsalze auswerfen.

Nachdem aber die Arbeiten der Inneren den Nachweis erbracht hatten, daß manche Nephritisformen ihren funktionellen Ausdruck hauptsächlich oder lediglich in einer Beschränkung der Chlorausfuhr finden, mußten auch die Befunde bei der Eklampsieniere in einem anderen Licht erscheinen. Um einen Zusammenhang zwischen Eklampsie und Niere abzulehnen, konnten die seitherigen, sich fast nur auf das Verhalten der Stickstoffkörper stützenden Befunde nicht mehr genügen. Es erhob sich die Frage, ob eine unter dem Bild der Chlorinsuffizienz verlaufende Funktionsstörung der Niere ein konstantes Begleitsymptom der Eklampsie sei, mit anderen Worten, ob jede Eklamptische abnorme Chlordepots beherbergt, deren Retention dann dem Ausbruch der Krämpfe vorausgegangen sein muß. Weiter war das Verhalten der Kochsalzausscheidung während der Dauer der eklamptischen Erkrankung weiter zu verfolgen.



Aus Zinssers eigenen Untersuchungen ergibt sich nun:

Die meisten Eklamptischen haben Ödeme. Die Eklampsie entsteht bei ihnen, nachdem sich die Schädigung des Organismus schon vorher bemerkbar gemacht hat durch den Symptomenkomplex, den wir als Schwangerschaftsniere bezeichnen. Er geht einher mit einer erheblichen Retention von Kochsalz, und in dem Maß, wie der Körper post partum die Fähigkeit behält, sich des Überschusses an Kochsalz zu entledigen, dürfen wir einen prognostischen Anhaltspunkt für die Schwere der Erkrankung erblicken.

Ein plötzlicher und dauernder Chlorsturz bei hydropischen Eklamptischen, für den sich keine andere klinische Erklärung findet, setzt eine schwere, meist tödlich endende Vergiftung voraus; umgekehrt erlauben uns gute Chlorwerte, auch bei klinisch schwerstem Bild eine gute Prognose zu stellen.

Blodgett (158) erörtert die therapeutischen Gesichtspunkte im Anschluß an die jeweiligen Urinanalysen.

Liepmann (201) weist auf die Übereinstimmung der neueren Ergebnisse von Abderhaldens Meerschweinchenversuchen mit den Resultaten seiner 1905 veröffentlichten Kaninchenversuche hin.

Jarzew's (186) Theorie der Puerperaleklampsie geht dahin: Die Anhäufung von Globulinen führt zu einer hochgradigen Alteration der Eigenschaften des Blutes; der Fibringehalt nimmt gegenüber der Norm um das Zwei- bis Dreifache zu, die Neigung zum Gerinnen wird erhöht, eine Eindickung des Blutes tritt ein.

Eine derartige Alteration der physikalischen Eigenschaften des Blutes schafft ein Hindernis für die Bewegung des Blutes in den Gefäßen, besonders in den kleinsten Arterien und Kapillaren.

Infolgedessen stellt sich eine Stauung des Blutes im arteriellen System und eine Steigerung des arteriellen Druckes ein. Eine Überfüllung des Arteriensystems über ein gewisses Maß hinaus ruft eine Reizung des vasomotorischen Zentrums und eine krampfhafte Kontraktion der Arterien hervor.

In den periodisch sich wiederholenden Spasmen der Gefäße und der hieraus sich resultierenden Ischämie finden sämtliche Erscheinungen der Eklampsie ihre befriedigende Erklärung.

Olin (209) kommt auf Grund einer vergleichenden Statistik der Eklampsiefälle auf der geburtshilflichen Klinik zu Helsingfors zu dem Ergebnis, daß sich die Prognose um so mehr verbessert, je schneller die Geburt zu Ende geführt wird. Demnach muß die Eklampsie in den meisten Fällen als eine unbedingte Indikation zu rascher Beendigung der Geburt betrachtet werden.

Bauereisen (155) kommt auf Grund seiner Experimente zu folgenden Schlüssen:

Die artgleiche Plazenta wie der artgleiche Hoden besitzen Antigencharakter und sind daher imstande, Immunitätsreaktionen auszulösen. Diese Fähigkeit ist aber nur in mäßigem Grade entwickelt.

Die in den ersten Monaten der Schwangerschaft auftretenden funktionellen Störungen des Nervensystems und der Verdauungsorgane, wie die Schädigungen von lebenswichtigen Organen mit innerer und äußerer Sekretion sind einerseits durch Immunitätsvorgänge, andererseits durch physiologische und pathologische Produkte der Plazenta bedingt.

Die Eklampsie ist nicht von einheitlicher Ätiologie. Die Ursachen sind sowohl in den Produkten der durch die Plazenta bedingten Immunitätsvorgänge wie in der primären und sekundären toxischen Wirksamkeit bestimmter Eiweißverbindungen der Plazenta und des mütterlichen Organismus zu suchen.

(*Autoreferat.*)



Mohr und **Helmann** (207): Die Lehre von der plazentaren Autointoxikation als Ursache der Eklampsie hat in der letzten Zeit immer festeren Boden gewonnen. Die alten nicht unwidersprochen gebliebenen Gründe für diese Auffassung haben in neuester Zeit vor allem durch die Entdeckung Abderhaldens eine mächtige Stütze gewonnen, der den Nachweis führte, daß das Blutserum von Schwangeren fermentative Eigenschaften gegen Plazentareiweiß erlangt, eine Erscheinung, die darauf hinweist, daß auf parenteralem Wege Plazentarbestandteile ins mütterliche Blut kommen. Damit hat die Lehre von der Zottendeportation ins mütterliche Blut einen biologischen Ausdruck gefunden. Nun muß man allerdings anerkennen, daß hiermit noch nicht bewiesen ist, daß die parenterale Einschleppung von Plazentareiweiß als regelmäßige Erscheinung in der Gravidität auch ursächliche Bedeutung für die Eklampsie hat. Wenn tatsächlich eine solche pathogenetische Beziehung vorliegt, muß, damit der Schwangerschaftsverlauf pathologisch wird, noch etwas zu diesem Vorgang hinzukommen. Es kann sich dabei entweder handeln um eine besondere Empfindlichkeit gegen die parenterale Plazentareiweißverschleppung, vielleicht infolge mangelhafter Fermenttätigkeit und dadurch ungenügender Abwehr, was als Ausdruck individueller Disposition gelten kann, — oder es treten Plazentarbestandteile in abnormer Menge oder in abnormer Zusammensetzung in das mütterliche Blut über. Nur der letztere Gesichtspunkt hat die beiden Verf. beschäftigt. Von ihm aus erhebt sich die Frage nach Differenzen in der chemischen Zusammensetzung normaler und eklamptischer Plazenten. Bisher liegen nur spärliche Vergleichsdaten vor.

Mohr und Helmanns Untersuchungen beschäftigen sich mit den Fett- und fettartigen Substanzen der normalen und eklamptischen Plazenta.

Die Untersuchungsergebnisse sind folgende: Wassergehalt und Trockensubstanz ist bei der normalen und eklamptischen Plazenta ziemlich gleich. Die Durchschnittswerte für den gesamten Lipoidgehalt bei der Eklampsieplazenta geringer.

Liebich (199): Unter den die Eklampsie komplizierenden Nachkrankheiten sind Psychosen, Aphasie, Amaurose und Hemiplegie die bekanntesten und sollen in etwa 6% der Fälle auftreten. Bei der letztgenannten Hemiplegie finden sich mehr oder weniger große apoplektische Herde, die meist ihren Sitz in der linken Gehirnhälfte haben. Hämorrhagien in die Rückenmarksubstanz, sogenannte Hämatomyelien, sind noch nicht beschrieben worden, müssen jedenfalls selten sein. Liebich hat Gelegenheit gehabt, einen solchen Fall zu beobachten.

Was die nur klinisch gestellte Diagnose der Erkrankung betrifft, so mußte von vornherein eine ganz akut einsetzende Schädigung des Rückenmarkes mit Unterbrechung sämtlicher Bahnen angenommen werden. Da auf Grund der Anamnese und des Anfangsstatuts Krankheitszustände wie akute Myelitis, Poliomyelitis oder gar Spondylitis ausgeschlossen werden konnten, so blieb die Annahme einer Blutung in das Rückenmark, einer Hämatomyelie, übrig. Die anästhetische Grenze in der Höhe des zweiten Interkostalraumes, die Lähmung der Arme und Atrophie der kleinen Handmuskeln zu Beginn der Erkrankung legt es nahe, als Sitz der Blutung die Höhe des achten Zervikal- und des ersten und zweiten Dorsalsegmentes anzunehmen.

Franz (175) nimmt auf Grund der eigenen, die Puerperaleklampsie betreffenden Versuche an, daß der Eintritt der normalen Geburt als Folge einer Vergiftung mit Eiweißzerfallsprodukten aufzufassen ist, die durch den Fermentabbau vom Plazentareiweiß gebildet werden.



Gottschalk (180) veröffentlicht einen nach Verlauf und Sektionsbefund bemerkenswert klaren Fall der „Puerperaleklampsie ohne Krämpfe".

Wenn wir uns fragen, warum die Konvulsionen in diesem Falle ausgeblieben sind, so gibt darauf die Schwere der Intoxikation die Antwort. Abends 9 Uhr war die Frau noch tätig und gesund, früh 7 1/2 Uhr war sie tot. Die klinischen Erscheinungen lassen eine so schwere Vergiftung erkennen, daß die motorischen Regionen und das Krampfzentrum des Gehirns nicht mehr erregbar waren, sie waren alsbald toxisch gelähmt. Entsprechend sind auch in der ganzen Nacht die Extremitäten nicht mehr aktiv bewegt worden.

So erklären sich auch die wiederholten bedrohlichen Anfälle von Atemstillstand, welche in dem Krankheitsbild hervortraten, und die auch schließlich den Erstickungstod herbeiführten.

Kermauner (191) wiegt die beiden am meisten vertretenen Theorien der Eklampsie gegeneinander ab.

Nach der plazentogenen Fermenttheorie, die heute von der Mehrzahl der Geburtshelfer gebilligt wird, haben wir anzunehmen, daß großmolekuläre, fermentartig wirkende Stoffe im Blut der Mutter angehäuft, zum Ausbruch der Eklampsie führen, und zwar auf dem Wege der in ihren Folgen anatomisch wohlcharakterisierten physikalisch-chemischen Veränderungen, Zersetzungen in den Zellen lebenswichtiger Organe.

Kermauner entscheidet sich nicht für diese, sondern für die von Dienst ausgebaute Theorie, daß die Vermehrung von Fibrinferment und Fibrinogen im Blut Eklamptischer wie die außerordentliche toxische Wirkung der beiden Körper das Wesen der Eklampsie darstellen.

Kermauner erörtert genau, wie weit die Einzelheiten der Dienstschen Theorie für die verschiedenen Verlaufsarten der Eklampsie eine Erklärung bieten.

Engelmann und **Ebeler** (168) glauben nach ihren Versuchen, daß es nunmehr als feststehende Tatsache gelten kann, daß die Gerinnungszeit des Blutes bei der Eklampsie herabgesetzt ist, und zwar fast durchweg in nicht unerheblichem Maße.

Persson (211) beschäftigt sich, wie es schon andere Forscher getan haben, mit der Ähnlichkeit zwischen Eklampsie gravidarum und Paresis puerperalis bei Rindern.

Über die letztere Krankheit, die auch Kalbefieber genannt wird, wissen wir etwa folgendes:

Die Ätiologie ist noch unklar, einige prädisponierende Momente sind dagegen sichergestellt.

In Gegenden, wo die Ernährung intensiv ist und durch Zuchtwahl ein großer Milchertrag gewonnen wird, kommt die Krankheit öfter vor als da, wo die Ernährung schmal und der Milchertrag gering ist.

Von Kühen derselben Rasse sind vorzugsweise die guten Milchkühe der Krankheit ausgesetzt. Die Krankheit trifft gewöhnlich III-V-parae im sechsten bis zehnten Lebensjahre. Weiter scheinen leichte und schnelle Entbindungen das Risiko höchst bedeutend zu erhöhen. In der Regel sind es nur gut genährte und speziell mit künstlichen Nährpräparaten gefütterte Tiere, die in Frage kommen, ganz besonders wenn die Futtermenge während der letzten Zeit der Gravidität gesteigert worden ist. Tiere, die im Kuhstall gehalten werden, sind der Krankheit mehr ausgesetzt als Tiere, die weiden. Die Krankheit fängt in der Regel in den drei ersten Tagen post partum an, doch sind Fälle sowohl vor wie während der Geburt beschrieben worden.

In Gegenden, wo die Kälber noch saugen, ist die Krankheit noch unbekannt.

Was das Wesen der Krankheit betrifft, so gibt es viele Hypothesen. Allgemein wird doch jetzt angenommen, daß eine Autointoxikation vorliegt.

Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche bei der Sektion der Rinder in der Regel angetroffen werden, sind „trübe Schwellung" in den Nieren und subseröse Blutungen. In der Hirnrinde hat man auch Blutungen beobachtet.

Man hat auch Blutungen in der Leber gefunden und sie den hämorrhagischen Nekrosen, die in der Leber bei Eklampsia gravidarum vorkommen, gleichgestellt.

Die Symptome sind folgende: Am zweiten oder dritten Tage nach der Geburt, nachdem die Milchsekretion also angefangen hat, zeigt die Kuh weniger Freßlust, wird unruhig, steht und trampelt im Stande. Diese Unruhe kann manchmal gesteigert werden, und zugleich können Krämpfe auftreten, gewöhnlich in der Hals- und Kaumuskulatur. Diese Krämpfe dauern gewöhnlich höchstens einige Stunden. Dann kommt als nächstes Symptom Schwäche, am meisten in den Hinterbeinen. Die Kuh zittert, wackelt und stürzt schließlich, macht einige vergebliche Versuche sich zu erheben und fällt bald in einen komatösen Zustand. Das Gefühl ist geschwunden, die Reflexe abgestumpft oder erloschen. Die Pupillen weit, nicht lichtempfindlich, auch Schluck- und Hustenreflexe sind erloschen. Im Urin hat man Eiweiß und manchmal etwas Zucker gefunden. Das Euter schlaff, sezerniert gar nichts oder wenig. Die Temperatur ist im Koma immer subnormal.

Der Verlauf variiert. Gewöhnlich entwickelt sich das eben beschriebene Krankheitsbild ein bis zwei Stunden. Gesundheit kann plötzlich und eben so schnell eintreten, wie die Krankheit begonnen hat, manchmal schon nach einer halben Stunde, gewöhnlich dauert jedoch der Zustand unverändert etwa 12 Stunden an. Wenn Gesundheit eintritt, öffnet das Tier die Augen, erhebt den Kopf, sieht sich um, schluckt, fängt an zu fressen und erhebt sich bald. Manchmal kann eine gewisse Schwäche noch einige Tage fortdauern. Bei ungünstigem Verlauf tritt der Tod gewöhnlich fast unmerklich ein. Die Atmung wird immer langsamer und setzt schließlich vollständig aus, gleichzeitig auch die Herztätigkeit. In anderen Fällen geht ein Stadium von Unruhe und Krämpfen dem Tode voran. Todesfälle können noch nach vier bis fünf Tagen eintreten, dann in der Regel durch Schluckpneumonien verursacht.

Nach Persson sind nun Eklampsia gravidarum und Paresis puerperalis zwei Krankheiten, die so viel gemeinsam haben, daß man annehmen könnte, daß sie dieselbe äußerste Ursache haben. Diese Ursache ist Überschuß an fötaler Nahrung im Blute des mütterlichen Organismus.

Beim Rinde entsteht dieser Überschuß nach der Entbindung durch Versagen einer schon reichlichen Milchabsonderung; bei Frauen, während der Gravidität, entweder durch eine Disproportion zwischen Vorrat von fötaler Nahrung und Fähigkeit des Fötus, diese zu verbrauchen, oder, zur Zeit der Entbindung, durch ungenügende Funktion der Brustdrüsen.

Krasser (194) hat bei nervösen Frauen eine besondere Disposition zu abnormen Blutdrucksteigerungen beobachten können und bringt diese Störungen des Blutdrucks mit einem Hyperadrenalismus in Verbindung, der zu Adrenalinanämie führt und zu Eklampsie disponiert. Die Annahme, daß man es beim Zustandekommen eklamptischer Anfälle mit Adrenalinwirkung zu tun habe, scheint noch gestützt zu werden durch die Beobachtung, daß Pupillenveränderung zu Beginn des Anfalls und Darmträgheit bestehen, die



als Überinnervation resp. Überempfindlichkeit des Sympathikus gedeutet werden. (*Bendix.*)

Benedek (156) bespricht das Wesen des Babinskischen Phänomens und veröffentlicht einen Fall, welcher sich bei der Obduktion als eine organoide Eklampsie erwies, bei welchem das Babinskische Phänomen auch in den intraparoxysmalen Intervallen vorhanden war; auch konnte Verf. dieses Phänomen noch im komatösen Zustande auslösen. (*Hudovernig.*)

Tetanus.

Freund (244): Bei drei ganz charakteristischen Fällen von puerperalem Tetanus gelang der Nachweis der spezifischen Krankheitserreger nicht, auch nicht mit den modernen Hilfsmitteln der Diagnostik einschließlich der Tierimpfung.

German (246): Fall von Tetanus, der mit Antitoxin-Höchst behandelt und geheilt ist.

Motzfeldt (256) muß als Ausgangspunkt der Infektion in seinem bakteriologisch beglaubigten Tetanusfalle einen Lungenabszeß annehmen.

Ein solcher Ausgangspunkt scheint bisher noch nicht beobachtet zu sein.

Bennecke (235) kommt auf Grund von Blutuntersuchungen an 14 Tetanusfällen zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Der Tetanus verläuft teils mit, teils ohne Leukozytose; in einem Falle fand sich vorübergehend Leukopenie; fast regelmäßig ist eine neutrophile Leukozytose vorhanden, die absolut und relativ sein kann und in diesem Falle auf Kosten der Lymphozyten zustande kommt.

2. die tödlich endenden Fälle weisen durchschnittlich höhere Zahlen auf als die günstig verlaufenden; bisweilen steigen die Werte auch bei diesen Fällen über die Norm; meist handelt es sich dann um eine nachweisbare Verschlimmerung des Krankheitsbildes und eine Zunahme der Krampfanfälle.

3. Die Faktoren, die die Tetanusleukozyte beeinflussen, sind: I. Das Tetanusgift, das wahrscheinlich keine Vermehrung der weißen Blutkörperchen hervorruft, sondern eher eine Leukopenie veranlaßt. II. Die symbiotischen Bakterien, deren Rolle am wenigsten in Erscheinung tritt, aber auch am schwersten zu verfolgen ist. III. Die Seruminjektion, die in zwei Beobachtungen zu einem rapiden Sturze, einmal zu einer Vermehrung der weißen Blutkörperchen führte, aber scheinbar nur für kurze Zeiträume die Leukozytenkurve beeinflußte. IV. Die tetanischen Muskelspannungen und die Krampfanfälle, die konstant zu einer Vermehrung zu führen scheinen.

Schmerz (261) geht aus von den neueren Beobachtungen, nach denen die ersten Krampferscheinungen des Tetanus durchaus nicht die bekannten (Trismus, Starre des Gesichts, Nackens und Rumpfes) zu sein brauchen. Es gibt vielmehr ein anfangs begrenztes Auftreten des Starrkrampfes in einer bestimmten Körperregion, entsprechend der Stelle der Verletzung.

So berichtete Walthard über 5 genau beobachtete Fälle aus dem Inselspital zu Bern, von denen 4 deutlichste Zeichen des lokalen Starrkrampfes aufwiesen. Er hat ferner ein Krankengeschichtenmaterial von 506 Tetanusfällen durchforscht, unter diesen Fällen wegen mangelhafter Protokollierung aber bloß 255 überhaupt verwerten können. Unter diesen 255 Fällen fanden sich 86 mit lokalen Erscheinungen, womit nicht gesagt sein solle, daß die restlichen 169 Fälle absolut keine Lokalzeichen aufwiesen, sondern daß auf etwaige vorhandene örtliche Erscheinungen nicht die Aufmerksamkeit des Arztes gelenkt und diese Symptome mithin nicht ver-

merkt wurden. Es ist ja leicht erklärlich, daß eine von Generation zu Generation überlieferte Lehrmeinung die Beobachtungen der weitaus größeren Mehrzahl der Ärzte beeinflussen mußte. Wenn von überragenden Autoritäten der Trimus, der Risus sardonicus, der Opisthotonus, Emprosthotonus, Pleurosthonus usw. als die allein zur Diagnose „Tetanus" berechtigenden Zeichen hingestellt wurden, so wird es nicht verwunderlich erscheinen, daß die um so Vieles weniger in die Augen springenden Symptome des lokalen Tetanus, entweder als nicht zum Gesamtbilde gehörig angesehen oder überhaupt nicht beobachtet wurden. Gewiß werden bei den unzählbaren kleinen und größeren Wunden, die alltäglich dem Arzte und voran dem Chirurgen unterkommen, ziehende Schmerzen von der Wunde aus, leichte Zuckungen in der unmittelbar benachbarten Muskulatur, eine gewisse Steifigkeit eines beispielweise angrenzenden Extremitätenabschnittes u. dgl. mehr zur Beobachtung gelangt sein und noch gelangen, ohne daß diesen Erscheinungen ein allgemeiner Starrkrampf gefolgt wäre.

Schmerz veröffentlicht nun einen Fall, der anamnestisch sich einwandfrei als Lokaltetanus im Anbeginn erweist, aber mit Verallgemeinerung des Tetanus tödlich endigte.

Ferner schildert er einen genau beobachteten Fall von lokalem Tetanus im Kopfgebiete.

Chorea und Tetanie.

Ref.: Prof. Dr. M. Rosenfeld-Straßburg.

I. Chorea.

1. Baginsky, Kombination von schwerer Chorea mit hysterischen Lähmungen. Berl. klin. Wochenschr. p. 617. (Sitzungsbericht.)
2. Bahr, Max A., Some Clinical Observations in Three Cases of Huntingtons Chorea. Medical Record. Vol. 82. No. 17. p. 756.
3. Ballentine, E. P., Six Cases of Hereditary Chorea. New York State Journal of Medicine. Nov.
4. Balley, F. W., Eye Strain in Children, with Special Reference to Chorea. Journ. of Jowa Med. Soc. Dec.
5. Baumel, La chorée de Sydenham d'origine dentaire. Revue de stomatologie. 1911.
6. Bielooussow, O. Mlle, Les troubles psychiques dans la chorée de Huntington. Thèse de Montpellier.
7. Boeff, N., Du rôle de l'écorce cérébrale dans la production des syndromes choréiques. Thèse de Montpellier.
8. Branson, William P. S., A Clinical Study on the Avenues of Rheumatic Infection: Based upon Examination of 75 Cases of Sydenhams Chorea. Brit. Med. Journal. II. p. 1429.
9. Castro, A. de, Sobre a chorea de Huntington. Brazil Medico. April 15.
10. Delie, Ein sonderbarer Fall von Chorea des Larynx und Pharynx. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. 3. 114.
11. Diefendorf, A. R., Mental Symptoms of Acute Chorea. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. March.
12. Eastman, Frederic C., Chorea. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 7. p. 325.
13. Ennen, Dirk, Ein Beitrag zur Kasuistik der Chorea chronica progressiva (Huntingtonsche degenerative Chorea). Inaug.-Dissert. Kiel.
14. Fernagy, Des troubles de la parole dans les chorées. Thèse de Paris.
15. Fernández, Laureano Lotero, Un caso curioso de corea. Rev. de Med. y Cirurgia práct. p. 329.
16. Ferry, G., Cadoré, E., et Fairise, Ch., Sur deux cas de chorée généralisée symptomatique. La Province médicale. No. 14. p. 159.
17. Flatau, Germanus, Ueber Chorea luetica. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 39. p. 2102.
18. Fougères, Terrasson de, Les troubles psychiques dans la chorée de Sydenham. Thèse de Montpellier.
19. Fraser, Mark S., The Relation of Chorea to Rheumatism; An Analysis of 300 Cases. The Practitioner. March. p. 461.



20. Fuller, Salomon C., and Lovell, John F., A Case of Huntingtons Chorea. Westborough State Hosp. Papers. Ser. 1. p. 221.
21. Grenet, H., et Loubet, P., Les signes organiques de la Chorée de Sydenham. Revue neurol. 2. Sém. p. 632.
22. Härtel, Chorea gravidarum. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1355.
23. Hulst, Francis A., The Pathology of Chorea. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 7. p. 323.
24. Keith, D. Y., Severe Chorea in Child Under Four Years of Age; Report of Case with Exhibition of Patient. Kentucky Med. Journal. Aug. 15.
25. Kirk, C. C., Huntingtons Chorea, with Report of Cases. Ohio State Med. Journ. May 15.
26. Kleist, Fall von rechtsseitiger choreatischer Bewegungsstörung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1131. 1191. **(Sitzungsbericht.)**
27. Derselbe, Anatomische Befunde bei Huntingtonscher Chorea. Neurol. Centralbl. p. 1460. **(Sitzungsbericht.)**
28. Kopczyński, S., Ein Fall von Chorea chronica. Neurologja Polska. Bd. II. H. 7.
29. Lewandowsky, M., und Stadelmann, E., Chorea apoplectica. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 12. H. 5. p. 530.
30. Lewis, L. C., Huntingtons Chorea. New York State Journal. of Medicine. Febr.
31. Lian, Camille, et Landesmann, Mlle, Chorée de Sydenham avec signes de lésions pyramidales. Revue neurol. 1. S. p. 434. **(Sitzungsbericht.)**
32. Mallinckrodt, Konrad, Vitiligo und Chorea. Monatsschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. X. No. 10. p. 572.
33. Marie, Pierre, et Lhermitte, J., Les lésions de la Chorée de Huntington. Etude anatomique et histologique de deux cas. Revue neurol. 2. S. p. 40. **(Sitzungsbericht.)**
34. Mayendorf, Niessl v., Über die ptahologischen Komponenten des choreatischen Phänomens. Neurol. Centralbl. p. 1461. **(Sitzungsbericht.)**
35. Meumann, Erich, Chorea gravidarum. Inaug.-Dissert. Leipzig.
36. Milian, Chorée chez une hérédo-syphilitique guérie par le traitement spécifique. Gaz. des hôpitaux. p. 1107. **(Sitzungsbericht.)**
37. Derselbe, Nature syphilitique de la Chorée de Sydenham (?). ibidem. p. 1945. **(Sitzungsbericht.)**
38. Mulon, P., et Porak, R., Un cas d'absence d'enclaves lipo-cholestériques dans la surrénale humaine (Chorée de Huntington). Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXIII. No. 28. p. 281.
39. Payan, L., et Mattel, Ch., La Chorée de Sydenham. Gaz. des hôpitaux. No. 131. p. 1825. No. 134. p. 1873.
40. Remus, Alexander, Die Aetiologie der Chorea minor. Inaug.-Dissert. 1911. Berlin.
41. Roque, Chalier, Mazel, 1. Chorée de Huntington. 2. Chorée variable des dégénérés. Lyon médical. T. CXVIII. p. 1111. 1113. **(Sitzungsbericht.)**
42. Roux, J., Chorée et infection. Annales de Méd. et Chir. inf. 15 juin.
43. Sand, René, L'anatomie pathologique de la chorée. Journal de Neurologie. No. 5. p. 81.
44. Sanz, F. Fernández, Mioclonias y corea. Rev. de Medicina y Cirurgia práct. p. 96.
45. Schilder, Paul, Über Chorea und Athetose. 2. Mitteilung. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 1—2. p. 25.
46. Derselbe, Über Chorea und Athetose. 3. Mitteilung. ibidem. p. 47.
47. Schuppius, Zur Kenntnis der Intelligenzstörung bei der chronischen progressiven Chorea. ibidem. Originale. Bd. VIII. H. 3. p. 386.
48. Sterling, W., Un cas de chorée molle avec troubles de la vision et du langage. L'Encéphale. 2. S. No. 9. p. 209.
49. Stewart, T. Grainger, Bilateral Involuntary Movements, Athetoid and Choreiform. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 3. Neurol. Sect. p. 62.
50. Weber, F. W. A., Über Sydenhamsche Chorea. Zentralbl. f. innere Medizin. No. 31. p. 784.
51. Wendenburg, K., Das Verhalten der Sehnenreflexe bei Chorea minor. Neurol. Centralbl. No. 7. p. 418.
52. Wergilessow, S., Über chronische progressive Chorea. Revue f. Psych. (Russ.) 17. 157.
53. Westphal, A., Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Chorea minor. Medizin. Klinik. No. 15. p. 604.

II. Tetanie.

54. Bass, Murray H., Chvosteks Sign and its Significance in Older Children. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLIV. No. 1. p. 64.
55. Bauer, Julius, Zur Klinik der Tetanie und Osteomalazie. Ein Beitrag zur Pathogenese der kalzipriven Osteopathien. Wiener klin. Wochenschr. No. 45. p. 1780.
56. Bruening, Tetanie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1523.
57. Cautley, Edmund, Tetanoid Spasm. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 1. Sect. for the Study of Disease in Children. p. 1.




58. Curschmann, 1. Über zerebrale Syndrome der Tetanie und die Kalziumtherapie. 2. Infantile Pseudobulbärparalyse mit chronischer Tetanie. Neurol. Centralbl. p. 1323. **(Sitzungsbericht.)**
59. Dorsch, Motorische Insuffizienz II. Grades. (Stauungsinsuffizienz) des Magens bei einem Hunde infolge einer intrapapillären Duodenalstenose (Fremdkörper) mit Erscheinungen von Tetanie. Tierärztl. Zentralbl. **35.** 241.
60. Dunoyer, De certaines contractures tétaniformes chez l'enfant nouveau-né. Thèse de Paris.
61. Erben, S., 3 Fälle von Tetanie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1195. **(Sitzungsbericht.)**
62. Ernberg, Harald, Über Spasmophilie. Zentralbl. f. die gesamte Medizin. März. p. 113.
63. Flatau, E., und Sterling, W., Ein Fall von Tetanie mit myotonischen Erscheinungen. Neurologia Polska. Bd. II. H. 8.
64. Grulee, Clifford G., The Relation of the Parathyroid Gland to Infantile Tetany. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 12. Part 1. p. 938.
65. Hirsch, Fall von Tetanie. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 40. **(Sitzungsbericht.)**
66. Huguenin, Marie, Tétanie et cataracte. Revue suisse de Médecine. 1911. No. 37.
67. Kemmetmüller, Kind mit Spasmophilie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1469. **(Sitzungsbericht.)**
68. Langstein, Leo, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der rachitischen und spasmophilen Veranlagung. Beobachtung an einem Zwillingspaar. Zeitschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. V. H. 4. p. 260.
69. Langstein, L., und Benfey, A., Aus dem Gebiete der Pädiatrie. Tetanie. **(Übersichtsreferat.)** Medizin. Klinik. No. 48. p. 1958.
70. Lathrop, Walter, Tetany Following Thyroidectomy. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 14. p. 693.
71. Mainzer, Fall von strumipriver Tetanie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 561. **(Sitzungsbericht.)**
72. Meyer, Ludwig F., Spasmophilie (**Sammelreferat** über die 1910—11 erschienenen Arbeiten aus dem Gebiete der Säuglingstetanie). Berl. klin. Wochenschr. No. 27. p. 1277.
73. Möllgaard, Holger, Über Veränderungen im Zentralnervensystem bei der Tetania parathyreoipriva. Skandinav. Archiv f. Physiologie. Bd. 28. H. 1—3. p. 65.
74. Mustard, H. J., A Study of Certain Tonic and Reflex Nervous Impulses as Factors in Parathyroid Tetany. The Amer. Journ. of Physiol. Vol. 29. No. 3. p. 311.
75. Peritz, Die Spasmophilie der Erwachsenen. Neurol. Centralbl. p. 1303. **(Sitzungsbericht.)**
76. Peruzzi, F., Spasmophilie dans l'enfance. Clinique et thérapeutique. Ann. de Méd. et Chir. inf. July 15.
77. Petrone e Vitale, Spasmofilia infantile e glandole paratiroidi. Pediatria. No. 2.
78. Proescher, F., and Diller, Theodore, A Fatal Case of Tetany with Autopsy Findings Showing Hemorrhages in the Parathyroid Glands. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLIII. No. 5. p. 696.
79. Roberts, Mona Dew, Tetanic Spasms Occurring in a Case of Chronic Ulceration of the Leg. The Lancet. I. p. 1608.
80. Schwarz, H., and Bass, M. H., The Calcium Metabolism in Infantile Tetany, with Report of a Case. Amer. Journal of Diseases of Children. III. Jan.
81. Sheffield, Herman B., Pediatric Memoranda. Tetanism. Medical Record. Vol. 81. No. 18. p. 846.
82. Shepherd, Francis J., Tetany Following Exstirpation of the Thyroid. Annals of Surgery. Nov. p. 665.
83. Tedesko, Fr., Tetania pseudo-hysterica. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1524. **(Sitzungsbericht.)**
84. Tinel et Caillé, Un cas de tétanie chez l'adulte. Revue neurol. 1. S. p. 468. **(Sitzungsbericht.)**
85. Tüchler, Ein Fall von Spasmophilie. Mitteil. d. Ges. f. innere Medizin in Wien. No. 12. p. 199.
86. Westphal, 1. Komplikation von Tetanie mit Hysterie oder hysterischer Pseudotetanie? 2. Hysterische Pseudotetanie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 912. 914. **(Sitzungsbericht.)**
87. Zetzsche, Eduard, Ueber Spasmophilie. Inaug.-Dissert. Erlangen.
88. Zipperling, W., Über eine besondere Form motorischer Reizzustände bei Neugeborenen. (sog. „Stäupchen"). Zeitschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. V. H. 1. p. 31.

Chorea.

Remus (40) erörtert die prädisponierenden, ursächlichen und auslösenden Momente, welche zur Chorea führen. Als auslösende Momente



bezeichnet der Verf. psychische Traumen, körperliche Traumen, Imitation und Einfluß der Jahreszeiten.

Sand (43) hat das Zentralnervensystem eines Falles von Chorea untersucht. Er fand eine Hyperämie des Gehirns mit kapillären Blutungen. Im Thalamus fanden sich besonders starke Veränderungen der Ganglienzellen, eine Vermehrung der Glia und leichte meningitische Veränderungen am Rückenmark.

Weber (50) weist auf die bekannten günstigen Erfolge der antirheumatischen Behandlung bei der Sydenhamschen Chorea hin und schlägt vor, die Erkrankung als Chorea rheumatica zu bezeichnen.

Payan und **Mattel** (39) besprechen die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Chorea minor. Sie heben auch hervor, daß das Babinski-Oppenheimsche Zeichen und Störungen der Diadokokinesis vorkommen. Sie erwähnen ferner Hyperämie der Sehnerven, Embolie der Zentralarterien; Augenmuskellähmung soll stets fehlen. In der Therapie gehen die Verff. genauer auf die Arsenbehandlung ein. Alle die zahlreichen Behandlungsmethoden, die im Laufe der Zeit probiert worden sind, werden von den Verff. kurz erörtert.

Lewandowsky und **Stadelmann** (29) beschreiben einen Fall, in welchem apoplektisch eine Chorea der rechten Körperhälfte aufgetreten war. Es fand sich ein Herd im linken Thalamus, der auch auf den hinteren Schenkel der inneren Kapsel übergriff. Der Fall zeichnete sich — abgesehen von der Chorea — noch dadurch aus, daß weder schwere Sensibilitätsstörungen, noch Ataxie, noch zentrale Schmerzen bestanden, wie sonst bei Thalamusherden. Das Fehlen jener Symptome soll darin seine Erklärung finden, daß der Herd auf die laterale Kernmasse des Thalamus beschränkt war. Die Möglichkeit, daß reine Thalamusherde Chorea hervorrufen können, ist erwiesen. Es können aber auch Herde im hinteren Schenkel der inneren Kapsel auch ohne Thalamusherd Chorea erzeugen.

Mallinckrodt (32) beschreibt ein 7jähriges Mädchen mit Chorea und idiopathisch auftretender Leukopathie. Es fanden sich leichte choreatische Zuckungen der Extremitäten. Die gut entwickelten Haare waren fast völlig ergraut. Die Stirn war gelbbraun mit einigen weißen Flecken. Um den Hals finden sich große weiße Flecke, ebenso an Brust, Bauch und Rücken. Als auslösendes Moment wird ein wiederholt einwirkender psychischer Schreck angegeben. Verf. erwähnt, daß nur 2 analoge Fälle bisher beschrieben wurden, einer von Möbius und einer von Escherich.

Kopczyński (28) berichtet über einen 44jährigen Patienten, welcher über Unruhe und fortwährende unwillkürliche Bewegungen in den Extremitäten und im Rumpf klagt. Die Erkrankung begann allmählich vor zwei Jahren ohne deutliche Ätiologie. Zuerst haben sich unwillkürliche Bewegungen in den oberen, dann in den unteren Extremitäten eingestellt, so daß er seine Arbeit aufgeben mußte. Früher hat er niemals an Chorea gelitten. Kein Rheumatismus in der Anamnese. In den letzten Zeiten nochmals psychisches Trauma. Auch die Schwester des Patienten soll an einer ähnlichen Erkrankung wie er leiden. Objektiv finden sich keine Veränderungen in den inneren Organen. Psychisch absolut normal. Man sieht in jeder Position des Patienten fortwährende unwillkürliche Bewegungen im Rumpf und in den Extremitäten von deutlich choreatischem Charakter. Das Gesicht ist frei von diesen Bewegungen. Sie werden durch Emotion gesteigert und durch Willensimpulse gewissermaßen bemächtigt. Im Schlaf hören sie vollständig auf. Bei willkürlichen Bewegungen ändert sich ihr Charakter keineswegs. Das motorische und sensible Gebiet zeigen objektiv keine Abweichungen



von der Norm. Subjektiv klagt der Patient über Kribbeln in den Fingern. Ab und zu ist in den unteren Extremitäten das Gordonsche Symptom zu erzeugen: nämlich die tonische Anspannung des M. extensor cruris. Verf. differenziert zwischen Hysterie, Maladie des tics und Huntingtonscher Chorea, diagnostiziert eine Chorea permanens adultorum und betrachtet diesen Fall angesichts des deutlich familiären Charakters und des Fehlens intellektueller Defekte als eine Übergangsform zwischen der Sydenhamschen und Huntingtonschen Chorea. (*Sterling.*)

Schilder (45, 46) hat graphische Aufnahmen choreatischer Zuckungen gemacht. Er hat mehrere Formen choreatischer Zuckungen feststellen können. Am konstantesten findet sich eine Zuckungsform von raschem Anstieg und raschem Abstieg. Es gibt aber auch Zuckungen, bei denen sich der Abstieg sehr allmählich gestaltet. Der dritte Typus der Zuckungen ist der, daß nach raschem Anstieg eine Plateaubildung erfolgt. Komplizierte Kurven kommen vor.

Als Ursache der Mitbewegungen bei Chorea nimmt Verf. eine diffuse Schädigung des subkortikalen Hemmungsapparates an, als dessen wesentlichste Glieder das Kleinhirn, die Sehhügel und die Linsenkerne anzusehen sind. Die Hypotonie ist in Fällen von halbseitiger Chorea stets nachzuweisen. Auch die Adiadokokinesis hält Verf. für ein konstantes Symptom der Chorea. Daß die Chorea minor auch bleibende materielle Veränderungen im Gehirn setzen kann, beweist ein Fall des Verf., in welchem die Krankheit viermal an der gleichen Körperhälfte auftrat. Verf. bringt ferner die Analyse zweier weiterer Fälle mit choreatisch-athetotischer Bewegungsstörung.

Flatau (17) teilt folgenden Fall mit: Ein schwächlicher Knabe erkrankt im Alter von 4½ Monaten an Brechdurchfall und Hirnhautentzündung (vielleicht hereditär-luetischer Provenienz). Nach einem 9tägigen Koma erkrankte er an Chorea, die an Intensität dauernd zunahm und jetzt seit 5 Jahren besteht. Die Wassermannsche Reaktion im Blut ist positiv. Eine Salvarsanbehandlung bewirkte keine Besserung. Erst durch eine wiederholte und beharrlich ausgeführte Quecksilberkur (195 Gramm) trat eine Besserung ein. Verf. hält den Fall für eine Chorea luetica und weist darauf hin, daß namentlich in den chronischen Fällen von Chorea minor an eine syphilitische Ätiologie gedacht werden muß.

Sterling (48) beschreibt ein Kind von 2½ Jahren mit Chorea. Die erste Entwicklung des Kindes soll, was Sprache, Gehen und Intelligenz betrifft, eine normale gewesen sein. Im Verlaufe der Chorea traten folgende Symptome auf: Sehnervenatrophie, Lähmung der Hals- und Rumpfmuskeln und Schwinden der Sehnenreflexe. Verf. weist darauf hin, daß die Sehnervenerkrankung äußerst selten bei Chorea beschrieben wurde. Babonneix, Bertrand, Carpenter, Schlesinger beschreiben Neuritis nervi optici. In keinem Falle hat man aber bis jetzt Amaurose und Sehnervenatrophie beobachtet.

Wendenburg (51) erörtert die diagnostische Bedeutung der von Gordon, Kleist, Wendenburg und Bregman beschriebenen tonischen Quadrizepskontraktionen nach Beklopfen der Patellarsehne bei Chorea. Wendenburg hält die tonische Quadrizepskontraktionen bei Chorea für eine reflektorisch ausgelöste choreatische Mit- oder Nachbewegung. Bei Kranken, welche an Chorea hysterica irgendeiner Form litten, sollen die tonischen Quadrizepskontraktionen nicht vorkommen. Das Phänomen scheint geeignet, die hysterische Chorea von der infektiösen Chorea zu trennen.

Westphal (53) teilt zwei Fälle von Chorea mit, welche dadurch besonders interessant sind, daß in dem einen das Kniephänomen fehlte, in dem anderen eine Ophthalmoplegie bestand. Im ersten Falle fanden sich

deutliche Veränderungen in den Vorderhornganglienzellen; sonst war das Rückenmark normal, ebenso die peripheren Nerven. Es wurde — in Analogie zu früheren Beobachtungen von dem Verf. und Wassermann — ein Streptokokkus gefunden, welcher nur geringe Affinität zum Gelenkapparat und eine geringe Virulenz zeigte. Im zweiten Falle fand sich einige Tage vor dem Tode eine Ophthalmoplegie sämtlicher äußerer Augenmuskeln mit Ausnahme der Recti interni. Die Pupillen ließen keine Reaktion erkennen. Mikroskopisch ergab sich eine Poliencephalitis acuta haemorrhagica am Boden des 3. Ventrikels und am Aquaeductus sylvii.

Fuller (20) berichtet über den Verlauf eines Falles von chronischer Chorea, welche mikroskopisch untersucht worden ist. Es fanden sich Veränderungen über schwere Dementia senilis, ferner chronische und akute Degenerationen in den Basalganglien. Die Befunde waren ganz ähnlich den von Alzheimer beschriebenen, nur weniger stark.

Bahr (2) teilt drei Fälle von Huntingtonscher Chorea mit, die charakteristische psychische Störungen aufweisen und sämtlich erblich schwer belastet waren. Es handelte sich um drei Frauen in den 40er Jahren. Neben leichteren Graden von Demenz waren bei ihnen deutliche paranoide Symptome vorhanden, bisweilen mit Halluzinationen. Bei zwei Frauen waren auch Psychosen in der Aszendenz aufgetreten. (*Bendix.*)

Wergilessow (52): Bei 28jährigem Matrosen bestanden hyperkinetische Erscheinungen, die langsam progressierten. Ähnliches Krankheitsbild beim Vater und Bruder; außerdem Ataxie, Steigerung der Reflexe, Muskelhypotonie, Vergeßlichkeit und leichte Euphorie. Beginn der Erkrankung mit 15 Jahren. Spontanbewegungen vermindern die choreatischen Zwangsbewegungen. Wergilessow nimmt eine proliferierende Gliose des Kleinhirns als Substrat der Chorea chr. progr. an. (*Kron.*)

Grenet und **Loubet** (21) weisen auf die Symptome bei Chorea hin, welche für eine Erkrankung der Pyramidenbahnen und des Kleinhirns sprechen. In 74 Fällen fand sich 51 mal eine auffällige Hypotonie der Muskeln, in 43 Fällen die sog. Adiadokokinese, in 19 Fällen das Babinskische resp. Oppenheimsche Zeichen, in 9 Fällen das Strümpellsche Zeichen, in 5 Fällen das Gordonsche.

Schuppins (47) beschreibt 2 Fälle von chronischer progressiver Chorea. Es fand sich eine erhebliche Störung der Aufmerksamkeit und der Merkfähigkeit, daneben eine Einschränkung der gesamten intellektuellen Leistungsfähigkeit und der Urteilsfähigkeit. In dem ersten Falle, welcher 68 Jahre alt ist, können senile Störungen mitspielen.

Tetanie.

Bauer (55) berichtet über einen Fall von Nephritistetanie. Es handelt sich um eine 40jährige Frau, welche seit Frühjahr 1911 an Nephritis leidet. Es bestanden urämische Symptome. Gleichzeitig mit dem Einsetzen dieser trat ein feinschlägiger Tremor auf, welcher nach 5 tägiger Dauer von typischen Tetaniekrämpfen abgelöst wurde. Das Chvosteksche Phänomen war positiv; Steigerung der Sehnenreflexe bis zum Klonus. Am nächsten Tage eigenartige choreiforme Bewegungen der Arme. Exitus im urämischen Krampfanfall. Verf. meint, daß die durch die Urämie bedingte Erregbarkeitssteigerung im zentralen Nervensystem und eine gleichfalls durch die Urämie verursachte Funktionsstörung der Epithelkörperchen, vielleicht auch der Schilddrüse zusammengewirkt haben dürften, um in dem in der Richtung „zerebraler Regulierungsstörungen (Marburg)“ hereditär belasteten Individuum jene eigenartige Reihe von motorischen Reizerscheinungen zu



provozieren. Verf. berichtet ferner über einen Fall von Osteomalazie mit Tetanie, in welchem unter Adrenalinbehandlung die Symptome der Osteomalazie und Tetanie schwinden. Es handelte sich um eine 27 Jahre alte Frau, welche ohne besondere Veranlassung gleichzeitig an akuter Tetanie und beginnenden osteomalazischen Beschwerden erkrankte. Die Osteomalazie entwickelte sich unabhängig von Gravidität und sonstigen Vorgängen in der Genitalsphäre und wurde durch die nachfolgenden Schwangerschaften nicht beeinträchtigt.

Flatau und **Sterling** (63) berichten über ein 21 jähriges, erblich nicht belastetes Mädchen, welches bis dahin gesund war, und welches seit drei Monaten an schmerzhaften Krämpfen in den oberen und unteren Extremitäten und an Erstickungsanfällen, wobei sie schnarchende und krähende Laute ausstößt, leidet. In den letzten Wochen traten andersartige Krampferscheinungen ein, und zwar bemerkte die Kranke, daß beim Anfassen eines Gegenstandes, mit der rechten oder linken Hand, sie eine Zeitlang nicht die Hand öffnen konnte. Die Krankheit entstand ohne nachweisbare Ursache, speziell ohne vorausgehende Magenkrankheit oder irgendwelche Intoxikation. Objektiv: Beide obere Extremitäten befinden sich fast immer in normaler Stellung: im Ellenbogen extendiert, im Metakarpalgelenk fast unter einem rechten Winkel flektiert, die Finger in der Stellung des sog. „main d'accoucheur". Beträchtliche Hypertonie. Die M. m. deltoidei heben sich in ihren Konturen plastisch hervor und sind dem Anschein nach besonders stark entwickelt. Die unteren Extremitäten haben ebenfalls eine anormale Stellung angenommen: in den Knien sind sie ständig extendiert, beide Füße sind ständig in der Pes-equinus-Stellung, die Finger hyperflektiert. Auch hier starke Hypertonie der Muskeln (besonders in den Füßen); M. tibialis anticus hypertrophiert. Sehnenphänomene wegen Hypertonie sowohl an den oberen als an den unteren Extremitäten nicht auslösbar. Fußsohlenreflex beiderseits normal. Abdominalreflex sehr herabgesetzt. Ein paarmal täglich und manchmal noch häufiger tritt Laryngospasmus auf mit dem charakteristischen Stridor exspiratorius und inspiratorius und zyanotischer Verfärbung des Gesichts. Trousseau stark positiv. Hoffman angedeutet. Chvostek sen. negativ. Erb deutlich. Chvostek jun. negativ. Bechterew negativ. Schlesinger wegen ständiger Pes-equino-varus-Stellung nicht prüfbar. Außer diesen tetanischen Erscheinungen, die in den unteren Extremitäten beständig sind, in den oberen anfallsweise auftreten, wurden ausgesprochen myotonische Erscheinungen in den Händen festgestellt, wobei eine deutliche myotonische elektrische Muskelreaktion im Thenar und Hypothenar nachzuweisen war. Außer in den Händen, konnte man noch bei laryngoskopischer Untersuchung feststellen, daß die Stimmsaiten beim Phonieren sich myotonisch verhalten. Verff. heben die Seltenheit des Stimmritzenkrampfes bei Erwachsenen, das unaufhörliche Bestehen der tetanischen Erscheinungen in den unteren Extremitäten und den symptomatischen Charakter der myotonischen Erscheinungen im Verlaufe einer Tetanie hervor. (*Sterling.*)

Ernberg (62) beschreibt die Tetania infantum in bezug auf ihre Symptomatologie, Pathogenese und Therapie.

Langstein (68) berichtet über ein Zwillingspaar, bei dem sowohl eine ausgesprochene rachitische als auch spasmophile Veranlagung bestand. Die Zwillinge waren im 8. Monat geboren und kamen in einem sehr elenden Zustande in die Anstalt. Die Kinder stammen aus einer Familie, in der eine Neigung zu Krämpfen besteht. Trotz ausschließlicher Ernährung mit Frauenmilch trat eine hochgradige Kranio-Tabes auf. Das Auftreten der Krämpfe ließ sich durch ausschließliche Ernährung mit Frauenmilch ver-



hindern. Die ausschließliche Brusternährung, bei welcher es zu einer schweren Form von Kraniotabes kam, bedeutete einen ausgesprochenen Schutz für die Entstehung von Krämpfen; denn die Rückkehr zur Frauenmilchernährung führte, nachdem unter künstlicher Nahrung Krämpfe aufgetreten waren, ohne daß die Kraniotabes irgendwie beeinflußt wurde, fast blitzartig zum Sistieren der Krämpfe. Während aber zur Auslösung der Kraniotabes der Schwellenwert des pathogenen Reizes bei beiden Kindern gleich hoch lag, lag er verschieden hoch bezüglich der Krämpfe. Fast experimentell prüfbar ließ sich die Abhängigkeit der Krämpfe von der Ernährung demonstrieren.

Meyer (72) bespricht die Arbeiten, welche sich mit der Ätiologie und Pathogenese, mit der Klinik und der Therapie der Säuglingstetanie beschäftigen. Obwohl ein anatomisches Substrat für eine Hypofunktion der Epithelkörperchen noch nicht gefunden ist, so ist damit keineswegs die Möglichkeit einer funktionellen Läsion dieser Organe abzulehnen. Das abnorme Verhalten des Kalkstoffwechsels bei der Spasmophilie läßt die Annahme zu, daß doch vielleicht eine funktionelle Minderwertigkeit der Epithelkörperchen ein wesentliches Moment ist. Die Bedeutung des Kalkstoffwechsels bei der Tetanie wird von manchen bestritten. Klose und Vogt nehmen eine Azidose als Ausdruck der Stoffwechselstörung bei Tetanie an. Verf. erörtert zum Schluß die diätetische und medikamentöse Therapie der Tetanie. Fischbein hat zuerst auf den Nutzen der Milchentziehung und der Mehlernährung bei manifester Spasmophilie hingewiesen. Langstein meint, daß die Mehlkost bei chronischer Ernährungsstörung nicht indiziert sei und nur bei gutem Ernährungszustande der Kinder von Erfolg sei. Zybell hat einen Nachweis der Wirkung der Nahrungsentziehung durch elektrische Untersuchungen erbracht. In der medikamentösen Behandlung steht Lebertran und Phosphorlebertran an erster Stelle. Meyer erzielte durch Kombination von Kalzium und Brom gute Wirkungen. Fischer und Hoppe haben Bromkalziumharnstoff empfohlen. Ob die Kalziumtherapie eine ätiologische ist, bleibt dahingestellt. Biedl hält es für möglich, daß die Kalziumsalze auch hier, wie bei allen anderen Formen von Muskelzuckungen, krampfhemmend wirken.

Die Abhandlung **Möllgaard**'s (73) wird mit einer historischen Übersicht der vorliegenden Literatur über Veränderungen im Zentralnervensystem bei der Tetanie eröffnet. Diese Literaturuntersuchung beweist, daß man mit den allgemein gebrauchten histologischen Methoden keinen Unterschied zwischen den Nervenzellen der gesunden und denen der tetanischen Tiere nachweisen kann.

Der Verf. sucht daher das Problem durch die von ihm ausgebildete Modifikation der Gefriermethode anzugreifen.

Es folgt eine kurze Darstellung der Grundzüge dieser Methode. Der Verf. stellt kurz auf, wie er in früheren Untersuchungen mit dieser Methode gefunden hat, daß die normalen Nervenzellen im Zentralnervensystem immer nach Gefrieren ein fast regelmäßiges Netzwerk bilden. Dieses Netzwerk ist stark färbbar für Toluindinblauchlorhydrat, wenn die Nervenzellen fungieren, sehr schwach färbbar, wenn die Zellen in Ruhe sind und fast unfärbbar in der Narkose. Der Verf. verwendet nun in Übereinstimmung hiermit das Gefrieren bei niedriger Temperatur als ein Reagens für den allgemeinen physikalisch-chemischen Zustand der Nervenzellen.

Aus den Untersuchungen der tetanischen Tiere geht nun hervor, daß die motorischen Zellen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata auf charakteristische und konstante Weise in ihrer



Reaktion gegen das Gefrieren verändert werden. Sie erstarren nicht mehr zu ein Netzwerk, sondern bilden unter dem Gefrieren unregelmäßige, fast homogene oder körnige Massen. Man gewinnt durch die Gefriermethode einen außerordentlich charakteristischen Unterschied zwischen dem Äquivalentbild der Nervenzellen der normalen Tiere und deren der tetanischen Tiere.

Ferner sucht der Verf. zu zeigen, daß die Reaktionsänderung gegen das Gefrieren an die tetanische Krankheit geknüpft ist und nicht von der Parathyreoidektomie allein verschuldet ist.

Der Rest der Abhandlung beschäftigt sich mit der näheren Verbindung zwischen tetanischer Krankheit und Reaktionsänderung; und es scheint aus dieser Untersuchung hervorzugehen, daß die tetanischen Krämpfe nicht selbst die Ursache der Reaktionsänderung sein können.

Ob die Reaktionsänderung die Ursache der Krämpfe ist, oder ob diese beiden Phänomene dieselben oder verschiedene Ursachen haben, darauf kann auf Grund der vorgenommenen Untersuchungen keine Auskunft gegeben werden. Es steht nur fest, daß eine innige Relation zwischen der Reaktionsänderung gegen das Gefrieren und zwar der akuten tetanischen Krankheit besteht.

Schließlich enthält die Abhandlung einige Untersuchungen und theoretische Betrachtungen über die nähere Natur der Zustandsänderung der tetanischen Nervenzellen.

Die Untersuchung nimmt besonders Rücksicht auf die Verhältnisse der kolloidalen Lösungen beim Ausfrieren. (*Autoreferat.*)

Bass (54) hat das Chvosteksche Phänomen bei Kindern zwischen 10 und 14 Jahren in über 19% der Fälle gefunden. Da die Tetanie eine relativ seltene Erkrankung in Amerika ist, so lehrt diese große Zahl von positiven Fällen, daß es nicht ausschließlich als ein Symptom der Disposition zu Tetanie, sondern mehr als ein Symptom neuropathischer Konstitution aufgefaßt werden muß.

Mustard (74) kommt auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen zu dem Resultat, daß die zunehmende Reizbarkeit der motoren Neuronen nach Parathyreoidektomie nicht wesentlich beeinflußt wird durch die Abtragung der motorischen Region, durch die Durchtrennung des Rückenmarks und der dorsalen Rückenmarkswurzeln. Die gesteigerte Erregbarkeit ist daher wahrscheinlich veranlaßt durch eine direkte chemische Einwirkung auf die motorischen Neurone. Der Verlauf der parathyreogenen Tetanie ist nicht wesentlich beeinflußt durch die Abtragung der motorischen Rindenpartien.

Proescher und **Diller** (78) beschreiben einen Fall von Tetanie mit Sektion. Die Epithelkörperchen waren opak, leicht bräunlich, mit roten Punkten versehen, welche als multiple Blutungen erkannt wurden. Auch das Zentralnervensystem wurde untersucht.

Zipperling (88) beschreibt Reizzustände der motorischen Sphäre, und zwar vorwiegend im Gebiet der Augennerven und des Fazialis ohne sonstige pathologische Begleiterscheinungen. Die Zustände sind bis jetzt wenig beachtet worden. Es handelt sich um eine Frühgeburt im 7. Monat. Die Ernährung machte Schwierigkeiten. Es traten rhythmisch blitzartige Ablenkungen beider Augen nach einer Seite auf, ungefähr 12—20 mal innerhalb einer halben Minute. Die Ablenkung erfolgte bald nach links, bald nach rechts. Dabei wurden die Saugbewegungen schwächer und hörten ganz auf. Gelegentlich kam es zu einer Kontraktion des ganzen Musculus orbicularis oculi. Es traten Zuckungen im Gebiet des Mundfazialis ein. Dazu gesellten



sich ruckweise kurze Bewegungen des Kopfes. Andere motorische Störungen wurden nicht beobachtet.

Verf. nimmt an, daß es sich um Reizungen der Kerne der betroffenen Nerven handelt, und zwar des Okulomotorius, Abduzens, Trochlearis und Fazialis. Als Grundlage der Störung nimmt Verf. die Unfertigkeit des Gehirns an, als auslösende Faktoren Zirkulationsstörungen. Diese sog. Stäupchen finden sich bei etwa $^1/_4$—$^1/_3$ aller Säuglinge innerhalb der ersten Monate und sind eine physiologische Erscheinung. Sie können namentlich bei Frühgeburten so heftig auftreten, daß sie bedrohlich erscheinen und die Ernährung gefährden.

Lokalisierte Muskelkrämpfe.

Ref.: Dr. Baumann-Essen.

1. Amrein, O., Pottengers Lehre von den Muskelveränderungen (Spasmus und Degeneration) bei intrathoracalen Entzündungen, speziell bei Lungentuberkulose. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 29. p. 1111.
2. Armour, T. R. W., and Dunn, Naughton, Spasmodic Club-foot. Brit. Med. Journal. II. p. 1371. **(Sitzungsbericht.)**
3. Aszenzi, Odoardo, Ueber Thomsensche Krankheit und Muskelatrophie. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXXI. No. 3. p. 201.
4. Babinski, J., Contracture tendino-réflexe et contracture cutanéo-réflexe. Revue neurol. 2. S. No. 14. p. 77.
5. Derselbe, Contracture sans exagération des réflexes tendineux. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 385. **(Sitzungsbericht.)**

5a. Bankart, A. S. Blundell, and Dawnay, Payan, Torticollis of Ocular Origin. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 1. Section for the Study of Disease in Children. p. 18.

6. Bardenheuer, Symptomatologie der Entstehung ischämischer Kontraktur und der akut diffusen Gangrän. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 8. p. 411.
7. Bauer, Albert, Der Schiefhals. (Der „neurogene Schiefhals" vide Bd. VI.) Ergebnisse der Chirurgie. Bd. V. p. 191.
8. Bernstein, St., Ein Fall von Torsionskrampf. Wiener klin. Wochenschr. No. 42. p. 1567.
9. Biach, P., Dystonia musculorum deformans. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 669. **(Sitzungsbericht.)**
10. Binet, André, Ce que le médecin doit savoir de la rétraction musculaire ischémique. La Presse médicale. No. 70. p. 713.
11. Bonhoeffer, Fall von Torsionsspasmus. Neurol. Centralbl. 1913. p. 137. **(Sitzungsbericht.)**
12. Bouche, Spasme organique facial. Journal de Neurologie. No. 10. p. 193. **(Sitzungsbericht.)**
13. Brat, G., Funktioneller, inspiratorischer Glottiskrampf. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. I. 790. **(Sitzungsbericht.)**
14. Bregman, L. E., Zur Kenntnis der Krampfzustände des jugendlichen Alters. Neurol. Centralbl. No. 14. p. 885.
15. Broeckaert, Krampf des Velum palatinum verbunden mit einem objektiv hörbaren Geräusch. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 88. p. 63. **(Sitzungsbericht.)**
16. Clark, L. Pierce, A Case of Myoclonia Occurring Only After Rest or Sleep. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 22. p. 1666.
17. Cluzet, J., Froment, J., et Mazel, A propos d'un cas de maladie de Thomsen. Le syndrome électrique myotonique. Lyon médical. T. CXIX. No. 52. p. 1117.
18. Cross, Harold, Long-Standing Tic Improving under Treatment. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Neurological Section. p. 149.
19. Curschmann, Hans. Über familiäre atrophische Myotonie. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 45. H. 3. p. 161.
20. Dana, Charles L., The Occupational Neuroses. A Clinical Study of One Hundred Cases. Medical Record. Vol. 81. No. 10. p. 451.
21. Delchef, J., Le torticolis congénital et son traitement. Ann. de la Soc. méd.-chirurg. de Liège. Juin. p. 84.
22. Ely, L. W., Torticollis. Colorado Medicine. Dec.



23. Fearnsides, E. G., Myotonia atrophica. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 3. Neurol. Section. p. 77.
24. Findlay, Leonard, A Case of Thomsens Disease. The Quarterly Journal of Medicine. Vol. 5. No. 20. p. 495.
25. Forster, E., Ein Fall von Crampus-Neurose (Wernicke). Charité-Annalen. Bd. 36. p. 169—176.
26. Franke, Felix, Zur Frage der Entstehung des schnellenden Fingers (partieller Sehnenriss). Zentralbl. f. Chirurgie. No. 38. p. 1289.
27. Frankl-Hochwart, L. v., Die Beschäftigungsneurosen. Wiener mediz. Wochenschr. No. 43—44. p. 2813. 2891.
28. Galloway, James, Tonic Spasm of the Muscles, Chiefly of the Extremities (Myotonia). Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 8. Clinical Section. p. 201.
29. Garrod, A. E., Case of Myotonus. ibidem. Vol. 5. No. 3. Neurol. Section. p. 59.
30. Gismondi, A., Intorno ad un caso di „spasmus nutans". Bolletino delle cliniche. No. 8. p. 358.
31. Goldberg, Mlle., Le torticolis de naissance est-il d'origine obstétricale ou congénitale. Thèse de Paris.
32. Goldberger, Zwerchfellkrämpfe nach einer Eserin-Arecolin-Einspritzung. Berl. tierärztl. Wochenschr. No. 37. p. 683.
33. Goria, C., Torcicollo mentale. Riv. ital. di neuropat. 5. 481.
34. Griffith, T. Wardrop, On Myotonia. The Quart. Journ. of Medicine. Vol. 5. No. 18. p. 229.
35. Grossmann, Doppelseitige willkürliche Kontraktion des tensor tympani. Berl. klin. Wochenschr. p. 809. **(Sitzungsbericht.)**
36. Grund, Familie mit atrophischer Myotonie. Neurol. Centralbl. p. 1463. **(Sitzungsbericht.)**
37. Hill, William, Idiopathic Spasm of the Oesophagus as a Common Diagnostic Error. The Journal of Laryngol. Vol. 27. No. 2. p. 76.
38. Hoffmann, J., Atrophische Myotonie ohne und mit Katarakt. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1215.
39. Ibrahim, Kongenitale Starre. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2371. **(Sitzungsbericht.)**
40. Izard, Un cas de spasme facial. Revue de Stomatologie. No. 9. p. 406.
41. Jaksch, R. v., Myotonia congenita. Wiener klin. Wochenschr. 1913. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
42. Jastrowitz, H., Myotonie mit tetanischen Symptomen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 726. **(Sitzungsbericht.)**
43. Kerr, Le Grand, Diagnostic Significance of Rigidity of Neck Muscles in Children. The Amer. Journ. of Obstetrics. Febr. p. 350.
44. Klercker, K. O. af, Om Salaamkramp hos barn — Epilepsia — vel eclampsia nutans, Hygiea. June.
45. Koepchen, Walter, Über den schnellenden Finger. Inaug.-Dissert. Berlin.
46. Kramer, F., und Selling, L., Die myotonische Reaktion (myographische Untersuchungen). Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 4. p. 283.
47. Krukowski, G., Ein Fall von Krämpfen in den Hals- und Gesichtsmuskeln. Neurologja Polska. Bd. III. H. 2.
48. Lafforgue, M., Alcoolisme et myoclonie. Gaz. des hopitaux. No. 30. p. 421.
49. Derselbe, Paramyoclonus d'origine ourlienne. Revue de Médecine. No. 4. p. 303.
50. Leto, Luigi, Considerazioni su di un caso di laringospasmo seguito da morte. Boll. delle mal. dell'Orechio. No. 3. p. 55.
51. Loeb, Paramyoclonus multiplex. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 143.
52. Lundborg, H., Der Erbgang der progressiven Myoklonus-Epilepsie. (Myoklonie-Epilepsie s. Unverrichts familiäre Myoklonie.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 3. p. 353.
53. Maggiore, Osservazioni cliniche ed istologiche sopra un caso di malattia di Thomsen. La Pediatria. No. 1.
54. Mauclaire, Symptômes, diagnostic et traitement des torticollis. Le Progrès médical. No. 25. p. 310.
54a. Mc Gavin, Lawrie H., Torticollis Following „Mumps" and Associated with Bilateral Cervical Ribs. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 1. Clinical Section. p. 26.
55. Miura, K., Torticollis spastica mit Nephritis chronica. Neurologia. Bd. XI. H. 5. (Japanisch.)
55a. Muecke, Francis, Double Abductor Spasm, Caused by Vocal Overstrain. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Laryngological Section. p. 13.

56. Murk Jansen, Der Zusammenhang zwischen Länge der Bündel der Extremitätenmuskeln und Stellung der spastischen Kontrakturen. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. (I.) 1613. **(Sitzungsbericht.)**
57. Noehte, Zur Kasuistik und Behandlung des Schreibkrampfs. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1369.
58. Ortleb, Wahrhold, Über Thomsensche Krankheit und ihre Beziehungen zur Dystrophia musculorum progressiva. Inaug.-Dissert. Jena.
59. Pécus, Etude de la pathologie comparée sur la pathogénie des tics aérophagiques. Bull. Soc. centrale de méd. véterinaire. 30. Oct. 1911.
60. Pottenger, Francis M. Muskelspasmus und Degeneration. Beiträge z. Klinik der Tuberkulose. Bd. XXII. H. 1. p. 1.
61. Derselbe, Spasm of the Neck and Chest Muscles Including the Diaphragm in the Diagnosis of Early Apical Tuberculosis. Zeitschr. f. Tuberkulose. Bd. 19. H. 4. p. 319.
62. Raether, Fritz, Ueber die von Pottenger beschriebenen Phänomene des Muskelspasmus und der Muskelrigidität. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 27. p. 1283.
63. Recktenwald, Lundborg-Unverrichtsche familiäre Myoklonie bei drei Geschwistern. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VIII. H. 4. p. 500.
64. Rouget, Maladie de Thomsen. Gazette des hôpitaux. p. 938. **(Sitzungsbericht.)**
65. Ruediger, E., Ueber Larynx pulsans (Isolierter Tic der Zungenbeinheber). Zeitschr. f. Laryngol. 4. 761.
66. Sicard et Bollack, L'hémispasme facial d'origine corticale cérébrale. Revue neurol. 2. S. p. 742. **(Sitzungsbericht.)**
67. Derselbe et Leblanc, L'hémispasme facial essentiel douloureux. ibidem. 2. S. p. 739. **(Sitzungsbericht.)**
68. Simpson, G. C. E., and Dunn, Naughton, On Spasmodic Contraction of the Peronei in Flat-Foot. Brit. Med. Journal. II. p. 1369. **(Sitzungsbericht.)**
69. Sioli, Histologischer Befund bei einem Fall familiärer Myoklonie. Neurol. Centralbl. p. 1532. **(Sitzungsbericht.)**
69a. Stephenson, Sydney, Oeular Torticollis. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 1. Section for the Study of Disease in Children. p. 16.
70. Stertz, Myotonie mit Muskelatrophien und psychischen Störungen. (Myotonia atrophica.) **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2435.
70a. Stewart, Purves, Family Myoclonus. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Neurological Section. p. 58.
71. Tetzner, Rudolf, Zur Kasuistik der atrophischen Myotonie. Neurol. Centralbl. No. 2. p. 89.
72. Thompson, H. Theodor, and Sinclair, J. Telegraphists Cramp. The Lancet. I. p. 868. 941. 1008.
73. Trömner, Fall von Myotonia acquisita. Neurol. Centralbl. p. 606. **(Sitzungsbericht.)**
74. Tubby, A. H., Torticollis or Wry-Neck. The Practitioner. Vol. 88. No. 1. p. 55.
75. Verco, J. C., Paramyoclonus multiplex epilepticus of Unverricht. Australasian Med. Gazette. Jan. 27.
76. Westphal, A., Über eine eigenartige Form familiärer Myoklonie mit psychischen Störungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 719. **(Sitzungsbericht.)**
77. Wiener, E., Bemerkungen zur Pathologie und Therapie des Graphospasmus. Budapesti Orvosi Ujság. 10. 471. No. 35.
78. Williams, T. A. Origin of Torticollis: Case Showing Professional Dyskinesia. New Orleans Med. and Surg. Journ. Jan.
79. Derselbe, A Case of Partial Tremulous Scriveners Palsy. New York Med. Journal. 1911. Oct. 7. California State Journal of Medicine. March.
80. Derselbe, Studies of the Genesis of the Cramp of Writers and Telegraphers: the Relation of the Disorder to other „neuroses": their pathogenesis compared with that of tics and habit spasms: Description of the treatment made possible by this Research: Cases. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. H. 2/3. p. 88.
81. Derselbe, Multiple Cramp of Psychogenic Type in a Telegrapher. Boston Med. and Surg. Journ. Aug. 8.
82. Derselbe, Criticism of Orthodox Interpretations of Occupational Crampneurosis and the Term Neurosis. Medical Record. Vol. 82. No. 14. p. 613.
83. Derselbe, Interpretation of „Professional-Cramp-Neurosis" as a Tic. Journal of Abnormal Psychol. Aug. 3. 161.

v. Frankl-Hochwart (27) erstattet ein sehr lesenswertes Referat über die Beschäftigungsneurosen. Am beachtenswertesten erscheint dem Referenten der Teil, der über die Differentialdiagnose handelt. Hier wird die Unterscheidung zwischen Beschäftigungsneurose und der professionellen Neuritis



streng durchgeführt. Während es sich bei letzterer stets um echte Lähmungen, Atrophien und eventuell Sensibilitätsstörungen handelt, tritt bei den Beschäftigungsneurosen stets nur ein Krampf bzw. ein Unvermögen bei der Ausführung einer ganz bestimmten Beschäftigung mit bestimmten koordinierten Bewegungen auf. Die häufigste Noxe bei der Entstehung des Leidens ist nach dem Verf. die berufliche Überarbeitung. Deprimierende Verhältnisse, psychische Choks usw. spielen nach dem Verf. zwar oft eine auslösende Rolle, er hält sie aber nicht, wie andere Autoren, für die alleinige Ursache. Die Prognose ist im allgemeinen keine gute. Therapeutisch empfiehlt Verf. eine Allgemeinbehandlung, die verschiedenen Schreibapparate und die Reedukation.

Williams (82) beanstandet die Erklärung der Beschäftigungskrämpfe als Ermüdungsneurosen der Muskeln, Nerven und schließlich der Zentren und vertritt die Auffassung, daß diese Art Leiden lediglich rein psychischer Natur sind.

Goria (33) beobachtete den Torticollis mentalis bei einem Individuum mit psychopathischer Heredität und psychischer Defizienz (intensive Abulie, Unfähigkeit zur Selbstbeherrschung und Kritik). Der Tortikollus war charakterisiert durch einen Krampfzustand des Sternokleidomastoideus und eines Teiles des rechten Trapezoides. (*Audenino.*)

Williams (79) beschreibt einen Fall von Schreibkrampf, der bei einem jungen Manne auf dem Boden einer psychopathischen Konstitution in leichtester Weise entstand, dann aber, als eine Bank einen von ihm unterzeichneten Scheck refusierte, immer schlimmer wurde. Diesem psychologischen Moment schreibt Verf. mit Recht eine große Wichtigkeit bei. Durch psychotherapeutische Belehrung wurde der Kranke innerhalb eines Monats geheilt.

Noehte (57) hält für den wesentlichsten Faktor beim Schreibkrampf die psychopathische Persönlichkeit mit Selbstüberschätzung und Neigung zu affektvollen unüberlegten Handlungen auf der einen und Zaghaftigkeit, Unsicherheit und Verdrießlichkeit auf der andern Seite. Der ungünstigen Prognose der meisten Autoren kann sich Verf. nicht anschließen. Die Behandlung ist zunächst eine rein psychische und erstrebt eine Änderung und Erziehung zur geduldigen, selbstvertrauenden Lebensanschauung. Es handelt sich um eine Methode, die von Dubois und Freud beeinflußt ist, indem sie von Freud die Auflösung innerer und äußerer Konflikte, von Dubois die Erziehung benutzt, sich von Freud aber vor allem durch die Behandlung sexueller Fragen unterscheidet.

Wiener (77) kommt auf Grund eines diesbezüglichen Falles zu folgenden Schlußfolgerungen: Nicht eine jede Form des Graphospasmus kann durch die asthenische und neuropathische Disposition erklärt werden. Die tonische Form dieser Erkrankung wird durch die Sklerose der peripherischen Gefäße des Armes verursacht, bei deren Zustandekommen als stabiles Moment die mit organischer Destruktion einhergehenden Veränderungen, als wandelbares Moment die auf erhöhter Reflexibilität des Nervensystems beruhende anfallsweise auftretende aktive Vasokonstriktion betrachtet werden muß. Sowohl die Ähnlichkeit der klinischen Symptome, als auch das gemeinsame pathologische Substrat identifiziert die tonische Form des Graphospasmus als Angina manus mit der Angina pectoris und Angina cruralis. Die Therapie soll der pathologischen Basis entsprechend sein. (*Hudovernig.*)

Curschmann (19) beschreibt 6 Fälle von atrophischer Myotonie, die aus 2 Familien stammen (4 und 2). Verf. hält die Dystrophie bei den genannten Fällen für etwas mehr als eine Verlaufseigentümlichkeit, d. h.



ein sekundäres Symptom der primären Myotonie. Die atrophischen Erscheinungen laufen in so stereotyper Weise in dem Krankheitsbild ab, daß ihnen zum mindesten eine koordinierte Stellung gegenüber den myotonischen zugebilligt werden muß. Es besteht meist ein bestimmter Verteilungsmodus: Die Strecker sind paretisch-atrophisch, die Beuger myotonisch. Außer den myopathischen Erscheinungen treten bei Fällen dieser Art noch andere atrophische Symptome auf, so daß man die Krankheit als eine allgemeine atrophische Diathese auffassen kann. Unter 20 Fällen war die Erkrankung 14mal nicht hereditär-familiär, während dies in 6 Fällen der Fall war. Die Frage, ob die Reaktion des atrophisch-myotonischen Muskels als Entartungsreaktion zu bezeichnen sei oder nur als modifizierte myotonische, wie Steinert es behauptet, muß dahin beantwortet werden, daß sicherlich keine Entartungsreaktion im Sinne Erbs vorliegt. Hierfür spricht schon die Tatsache der erhaltenen faradischen direkten und indirekten Erregbarkeit. — Die Störungen des Sarkoplasmas und der Fibrillen, die von Schiefferdecker, Jensen und Päßler angenommen wurden, berühren nur ein Symptom des Leidens, die myotonische Bewegungsstörung. Nebenher geht aber eine Reihe typischer anderer Symptome: 1. Die Muskelatrophien in typischer Verteilung (Facies myopathica); 2. Verlust der Sehnenreflexe und späterhin Ataxie; 3. Häufig mechanische Übererregbarkeit des N. facialis (Chvostek); 4. als parathyreogene Schädigung die Kataraktbildung; 5. namentlich bei Männern: Schwund des Haupthaars; 6. Sexualstörungen; 7. Vasomotorische Erscheinungen, wie Zyanose, Leichenfinger, Kältehyperästhesie; 8. allgemeine Abmagerung und zunehmende Asthenie. Als Ursache aller dieser Erscheinungen muß man wohl eine Autointoxikation, und zwar eine Störung der inneren Sekretion oder derjenigen nervösen Organe, die der inneren Sekretion vorstehen, ansehen.

Tetzner (71) beschreibt einen Fall von atrophischer Myotonie, der dem Steinertschen Typus völlig entsprach, d. h. die Atrophien bzw. Dystrophien betrafen das Vorderarmgebiet, die Schultermuskulatur, die Halsmuskeln, namentlich den Sternokleidomastoideus und die Gesichtsmuskulatur (Facies myopathica). Bemerkenswert war, daß die Erscheinungen erst im 32. Lebensjahre, und zwar im Anschluß an einen Betriebsunfall auftraten. Es besteht hier zwar nicht ein unmittelbarer kausaler, wohl aber ein mittelbarer Zusammenhang. Ob man den Fall als Myotonia acquisita oder als spät manifest gewordene Myotonia congenita auffassen will, bleibt gleichgültig.

Kramer und **Selling** (46) haben eingehende myographische Untersuchungen bei einem Kranken mit Thomsenscher Krankheit vorgenommen. Außer der faradischen und galvanischen Reizung wendeten sie auch Kondensatorentladungen an. Die zu erklärenden Probleme bestehen aus zwei Gruppen: 1. handelt es sich um die Erklärung der Kontraktionsnachdauer und 2. um die Erscheinungen bei direkter galvanischer Reizung: Kontraktion während der ganzen Stromdauer, Unmöglichkeit des Einschleichens, Fehlen der Öffnungszuckungen, Erhöhung der Erregbarkeit, Verrückung des Reizpunktes. Die Verf. kommen nun auf Grund der Nernstschen Theorie zu der Auffassung, daß, wenn der galvanische Strom während seiner ganzen Dauer eine Kontraktion hervorruft, die Ursache hierfür in einem Akkommodationsverlust des Muskels liegen muß. Hierdurch werden alle Phänomene bei direkter Muskelreizung erklärt. Die Abnahme der Nachdauer nach mehrfacher Reizung erklären die Verf. mit der Jensenschen Theorie, welche besagt, daß der Grund für die Abnahme der myotonischen Nachdauer bei Erwärmung in einer Beschleunigung der chemischen Prozesse beruhe. Die Erscheinungen, die für den Akkommodationsverlust sprechen, treten jedoch



nur bei direkter Muskelreizung auf, nicht bei Reizung vom Nerven aus. Daraus muß man schließen, daß der Nerv eine vom Muskel unabhängige Akkommodationsfähigkeit besitzt, die er auch bei der Myotonie nicht verliert. Die gleiche Erklärung wie hier für die myotonische Reaktion nimmt Reiss für die Entartungsreaktion in Anspruch.

Ortleb (58) behandelt in seiner Inauguraldissertation die Beziehungen zwischen Thomsenscher Krankheit und den vielfach dabei beobachteten Atrophien bzw. Dystrophien, ohne Neues zu bringen.

Findlay (24) beschreibt eingehend einen Fall von Thomsenscher Krankheit. Auf Grund seiner Erwägungen kommt er zu dem Schluß, daß die Erkrankung nicht allein primär oder überhaupt muskulären Ursprungs sei, sondern daß aller Wahrscheinlichkeit nach das Nervensystem dabei keine unerhebliche Rolle spielt. Die Tatsache, daß die myotonische Störung allmählich bei Wiederholung der willkürlichen Bewegungen verschwindet, dagegen bei der Wiederholung direkter und elektrischer Reizung bestehen bleibt, schließt schon von vornherein den Gedanken einer primären muskulären Veränderung aus.

Recktenwald (63) beschreibt 3 Geschwister, die im Alter von 9 Jahren an Myoklonus-Epilepsie erkrankten. Die Krankheit wurde zuerst für Veitstanz, der bei den beiden jüngeren Kindern durch Nachahmung entstanden sei, gehalten. Auf Grund rein klinischer Erwägungen hält Verf. die fämiliäre Myoklonie für ein organisches Hirnleiden, das in besonderer Weise die motorische Rindenregion angreift. Was den geistigen Endverfall anlangt, so zeigt dieser eine von den Endzuständen bei Dementia praecox auch in wesentlichen Dingen abweichende Art. Worin diese Abweichung besteht, sagt Verf. nicht.

Lundborg (52) kommt auf Grund seiner Studien zu dem Resultat, daß die progressive Myoklonus-Epilepsie (Myoklonie-Epilepsie s. Unverrichts familiäre Myoklonie) eine erbliche Krankheit ist, die mit größter Wahrscheinlichkeit den Mendelschen Regeln folgt, d. h. rezessiv und monohybrid (? Ref.) ist. Die Krankheit spaltet sich nicht in Myoklonie und Epilepsie, sondern wird als solche vererbt.

Lafforgue (49) berichtet kurz über einen Fall von Paramyoclonus multiplex im Anschluß an eine infektiöse Parotitis, die Verf. als die seltene Ursache der an sich schon seltenen Erkrankung ansieht.

Der Fall von **Krukowski** (47) betrifft eine 22jährige Kranke, welche seit fünf Monaten ohne jede Ursache an unwillkürlichen Bewegungen des Kehlkopfes und der Zunge leidet und dabei ein Knacken im rechten Ohre hört. Objektiv: fortwährende unwillkürliche Bewegungen: sich Heben und Herabsinken des Kehlkopfes, rhythmische Bewegungen der Zunge von hinten nach vorne, rhythmische Kontraktionen der Uvula. Rechts neben dem Ohre ist ein lauter klingender Ton hörbar, welcher von der Ferne wahrzunehmen ist. Außerdem leidet die Patientin ab und zu an Herzklopfen. Die Ablenkung der Aufmerksamkeit kann auf kurze Zeit auf diese Wirkungen hemmend wirken. Die Suggestion ist von keinem deutlichen Einfluß. Verf. schließt die Hysterie aus und diagnostiziert eine autonome motorische Neurose.

(Sterling.)

Bauer (7) gibt eine erschöpfende Monographie des muskulären Schiefhalses; der psychogene Schiefhals wird in Bd. VI abgehandelt werden. Allein das Literaturverzeichnis des Verf. hat 470 Nummern! Der Schiefhals tritt häufiger rechts als links auf; bei Männern ist er ebenso häufig als bei Frauen. Die Wichtigkeit seiner Funktion wurde in den älteren anatomischen Lehrbüchern entschieden übertrieben. Was die Ätiologie des



muskulären Schiefhalses anlangt, so steht Verf. auf dem Standpunkt, daß weitaus die meisten Fälle kongenital und intrauterin entstehen. Für die intrauterine Entstehung sprechen einmal die zahlreichen kongenitalen Fälle, bei denen ein Geburtstrauma auszuschließen war, weiterhin die Kombination von Schiefhals mit anderen Deformitäten als Folge intrauteriner Raumbeengung, ferner die Vererbung bzw. das familiäre Auftreten, die histologischen Befunde und die Ohrasymmetrie und die seitliche Halsgrube in Verbindung mit dem Schiefhals. Die traumatische Genese des Schiefhalses kommt viel seltener vor. Die Rolle des Hämatoms als Ursache des Schiefhalses ist sehr überschätzt worden. In ganz seltenen Fällen mag wohl auch ein entzündlich-infektiöser Prozeß die Ursache des Schiefhalses sein. Nach eingehender Schilderung der sekundären Veränderungen des Schiefhalses, wobei die Schädelasymmetrie besonders gewürdigt wird, geht Verf. über zur Diagnose des Schiefhalses. Er unterscheidet ossären Schiefhals, durch Augen- und Ohrerkrankungen veranlaßten Schiefhals, durch Adenotomie bedingten Schiefhals, durch Kropf, durch Tumoren und luetische Veränderungen bedingten Schiefhals, dermatogenen und desmogenen und rheumatischen Schiefhals. Bei der Behandlung bevorzugt Verf. die operativen Methoden und von diesen wieder die Exstirpation; letztere verdient den Vorzug, abgesehen von den erzielten Resultaten, besonders deshalb, weil sie im Gegensatz zu den anderen Verfahren sehr oft auch ohne Nachbehandlung zum Ziele geführt hat.

Babinski (4) beschreibt einen Fall von sicherer Rückenmarkserkrankung, bei dem zeitweise Kontrakturen auftraten. Die Sehnenreflexe waren teils ganz erloschen, teils stark herabgesetzt, wogegen die Hautreflexe stark gesteigert waren. Verf. ist der Ansicht, daß es sich hier nur um multiple sklerosierende Herde handeln kann. Er schlägt für diese Fälle den Namen „Contracture cutanéo-reflexe" vor, während er die üblichen Fälle von Kontrakturen „contracture tendino-reflexe" benennen will.

Binet (10) beschreibt in sehr ansprechender Weise die in Frankreich scheinbar weniger gut gekannte Volkmannsche Kontraktur, ohne, wie er selbst sagt, neue Gesichtspunkte anzuführen.

Angio-Trophoneurosen.

Ref.: Priv.-Doz. Prof. Dr. R. Cassirer-Berlin.

1. Adamson, H. G., Acne urticata (Neurotic Excoriations-One Type). Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Dermatological Section. p. 21.
2. Agosti, F., Il significato clinico del cosidetto eritema pellagroso. Note e riv. di Psich. 5. 503.
3. Alexander, D. A., Raynauds Disease. Bristol Medico-Chirurg. Journal. 30. 247.
4. Alfès, Contribution à l'étude de la sclérodermie chez l'enfant. Thèse de Paris.
5. Aoyagi, Veränderungen der sympathischen Ganglien bei diffuser Sklerodermie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1120.
6. Béal, Contribution à l'étude du mal perforant buccal. Thèse de Paris.
7. Bechet, Paul E., Alopecia Areata; its Causative Factors and Therapy. New York Med. Journ. Vol. XCV. No. 26. p. 1361.
8. Beck, E. C., Raynauds Disease. Interstate Med. Journal. April.
9. Bériel et Drey, Sclérodermie cervico-faciale et trismus. Lyon médical. T. CXIX. p. 1087. **(Sitzungsbericht.)**
10. Bernheim, B. M., Arteriovenous Anastomosis in Raynauds Disease. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 1628. **(Sitzungsbericht.)**
11. Bouchut, L., et Dujol, Un cas de sclérodermie avec atrophie thyroïdienne. Lyon médical. T. CXIX. No. 37. p. 421.



12. Brocq, L., Fernet et Delort, Erythrodermite ichthysiforme symétrique, circonscrite et progressive. Bull. Soc. franç. de Dermatologie. No. 9. p. 511.
13. Bull, Storm, Begraenset intermitterende ødem (Quinckes sygdom) og intermitterende hydrops articulorum. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 9. p. 1269.
14. Cassirer, R., Die Rolle des vegetativen Systems in der Pathologie der vasomotorisch-trophischen Neurosen. Mediz. Klinik. No. 47. p. 1898.
15. Derselbe, Die vasomotorisch-trophischen Störungen. Eine Monographie. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin. S. Karger.
16. Cecikas, J., Beitrag zur Pathologie des Sympathicus. Wiener mediz. Wochenschr. No. 39. p. 2549.
17. Cheatle, G. Lenthal, Grey Hair Associated with Nerve Lesions. Brit. Med. Journal. II. p. 470.
18. Clark, L. Pierce, The Nature and Treatment of Vasomotor and Trophoneuroses. The Amer. Journal of Obstetrics. Nov. p. 756.
19. Comby, J., La Livedo chez les enfants. Arch. de Med. des enfants. p. 801.
20. Crenshaw, Hansell, So-Called Neurasthenia; Some Factors Causative and Curative. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 1710. **(Sitzungsbericht.)**
21. Crespi, Giuseppe, Di due casi di morbo di Raynaud. Il Morgagni. Parte I. (Archivio). No. 7. p. 241.
22. Cunningham, William P., Psoriasis, A Neurosis. Medical Record. Vol. 82. No. 23. p. 1031.
23. Danel, L., Sur un cas de pathomimie cutanée. Journ. des Sciences med. de Lille. No. 8—9.
24. Davis, Haldin, Calcareous Concretions and Sclerodactyly in Raynauds Disease. The Amer. Journal of Dermatology. Nov. p. 578.
25. Derselbe, Raynauds Disease Associated with Calcareous Degeneration. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Dermatological Section. p. 99.
26. Davis, H. J., Raynauds Disease, with Vascular Disturbances in the Labyrinth. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 8. Otological Section. p. 156.
27. Donath, Julius, Beiträge zur Sklerodermie. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 44. H. 4. p. 288.
28. Dubreuilh, W., Canitie circonscrite. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 8. p. 480.
29. Ehrmann, Ludwig, Drei Fälle von Sklerodermia diffusa. Wiener klin. Wochenschr. p. 1991. **(Sitzungsbericht.)**
30. Derselbe, Über einen Fall von Sklerodermie mit kutanen und subkutanen Kalkablagerungen. Inaug.-Dissert. Strassburg.
31. Fearnsides, E. G., and Sequeira, J. H., Double Cervical Ribs Associated with Vascular Phenomena Suggesting Raynauds Disease. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Dermatological Section. p. 110.
32. Finkelnburg, Röntgenbefund bei Akroasphyxia chronica hypertrophica an Händen und Füssen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 93.
33. Firth, A. C. D., Hereditary Absence of the Patellae and Deformity of the Nails. Brit. Journ. of Children Dis. **9.** 305.
34. Galewsky, E., Über das spontane Verschwinden juveniler oder harter Warzen im Anschluss an die Behandlung. Dermatolog. Wochenschr. Bd. 54. No. 20. p. 589.
35. Gallavardin, L., et Delachanal, Oedème aigu angioneurotique au cours du rhumatisme blénorragique. La Presse médicale. No. 10. p. 104.
36. Gilbert, A., et Descomps, P., L'érythème critique de l'angine de poitrine. Paris médical. p. 404.
37. Gottheil, W. S., Blue Atrophy of Skin from Cocain Injections. Journ. of Cutaneous Diseases. Jan.
38. Gougerot, H., et Thibaut, Purpura radiculaire du bras gauche et zona du bras droit symétriques. Arch. d. mal. du coeur. **5.** 726.
39. Grandjean, Aetiologische Betrachtungen über einen Fall von „Sklerodermie der Hände". Neurol. Centralbl. 1913. p. 325. **(Sitzungsbericht.)**
40. Hanns et Ferry, Oedème chronique des jambes et de la main. Revue méd. de l'Est. p. 538.
41. Dieselben. Un cas d'oedème chronique post-inflammatoire. ibidem. p. 577—581.
42. Harbitz, Francis, Kasuistik over angioneuroser. I. Akut paroxystik ødem med dødelig forløp paar herditaer basis (efter meddelser av Dr. Graarud og Dr. O. Borgen). II. Symmetrik gangraen (med anatomiske undersøkelser). Norsk Magazin for Laegevidenskaben. No. 1. p. 164.
43. Hartzell, M. B., Toxic Dermatoses. Journ. of Cutaneous Diseases. March.
44. Derselbe, Lupus erythematosus and Raynauds Disease. The Amer. Journal of the Medical Sciences. Dez. p. 793.
45. Hauschild, Hans, Über paroxysmale, neuropathische Oedeme. Inaug.-Dissert. Jena.

46. Higier, H., Kongenitales Akrotrophödem mit fieberhaften erysipelartigen Exacerbationen. Archiv d. Warschauer Aerztegesellschaft. Bd. 108. H. 3. (Polnisch.)
47. Hill, H. K., Vitiligo, with Report of a Case Appearing two Weeks after an Attack of Scarlet Fever. Arch. of Ped. 29. 533.
48. Hirsch, Fall von Marie-Bechterewscher Krankheit. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 124. (Sitzungsbericht.)
49. Hirtz, E., Le syndrome angiospasmodique. Bulletin médical. 1911. No. 71.
50. His, W., Angioneurotisches Oedem und intermittierende Gelenkschwellung auf gichtischer Grundlage. Charité-Annalen. 36. Jahrg. p. 3—7.
51. Howell, C. M. Hinds, Unilateral Sweating of the Face. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 3. Neurol. Sect. p. 80.
52. Jaroszyński und Zienkiewicz, Drei Fälle von vasomotorischen Neurosen. Neurologja Polska. Bd. III. H. 3.
53. Jones, Emyl, On Reflex Irritation as a Cause of Alopecia Areata. The Brit. Journal of Dermatology. Vol. 24. No. 10. p. 362.
54. Kafemann, Bemerkungen über Heufieber, vasomotorische Rhinitis und verwandte Störungen. Aerztl. Rundschau. No. 45. p. 529.
55. Kirsch, Oskar, Gefässkrisen im Kindesalter. Wiener Mediz. Blätter. No. 21. p. 239.
56. Kleissel, Rudolf, Über multiple symmetrische Lipome. Wiener mediz. Wochenschr. No. 52. p. 3377.
57. Klinger, Ueber Arthropathien auf neurotischer Basis. Berl. klin. Wochenschr. p. 1492. (Sitzungsbericht.)
58. Klinkert, H., Ein Fall von Sklerodermie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. I. 720. (Sitzungsbericht.)
59. Koenigsfeld, Harry, und Zierl, Fritz, Klinische Untersuchungen über das Auftreten der Cutis anserina. Dtsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 106. H. 5—6. p. 442.
60. Kölle, William, Kasuistisches und Therapeutisches zur Sklerodermie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 16. p. 864.
61. Kramer, P. H., Diffuse Lipomatose. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. II. 1767.
62. Kreibich, Angioneurotische oder toxische Entzündung? (Bemerkungen zur Dermatitis symmetrica dysmenorrhoica Matzenauer-Polland.) Arch. f. Dermatologie. Bd. 114. Originale. H. 1. p. 161.
63. Laignel-Lavastine et Viard, Adipose localisée ou trophoedème d'Henry Meige. Revue neurol. 2. S. p. 136. (Sitzungsbericht.)
64. Laruelle, Léon et Leroy, Alphonse, Observation d'un cas de sclérodermie avec syndrome de Raynaud. Ann. Soc. med.-chir. de Liége. 51. 33.
65. Lasarew, W., Zur pathologischen Anatomie der symmetrischen Gangrän bei Typhus abdominalis. Charkowsk. med. Journal. 14. 40.
66. Leeuwen, Th. M. van, Sklerodermie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. II. 1110. (Sitzungsbericht.)
67. Little, E. G. Graham, Two Cases of Alopecia universalis. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 5. Dermatological Section. p. 91.
68. Litzmann, Elisabeth, Klinischer Beitrag zur Lehre von der diffusen Sklerodermie. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
69. Lodovico, Tommasi, Un caso di eritema acuto figurato del viso. Giorn. ital. delle malattie veneree. T. LIII. No. II. p. 213.
70. Luithlen, Friedrich, Über Entstehung von Gefässerweiterungen und abnormer Hautreaktion. Dermatol. Wochenschr. No. 17. p. 485.
71. Machado, Virgilio, Trophische Störungen bei Raynaudscher Krankheit. Fortschr. auf d. Gebiet d. Röntgenstrahlen. Bd. XVIII. H. 6. p. 398.
72. Malborte, Y., et Mestre, Aristide, Un cas d'aliénation associée à l'érythromélalgie et à la maladie de Raynaud. Arch. de méd. ment. 1911. Vol. II. mars-avril.
73. Marie, A., et Pietkiewicz, W. B., Essais d'études des troubles trophiques buccodentaires. Revue de Stomatologie. No. 2. p. 64.
74. Marziani, A., Un caso interessante di sclerodermia. Boll. delle cliniche. No. 10. p. 452.
75. Masson, A., Maladie de Raynaud et lésions cardio-vasculaires. Thèse de Lyon.
76. Mc Grath, W. C., Raynauds Disease. Journal of Iowa State Med. Soc. May 15.
77. Moleen, George A., Erythromelalgia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 7. p. 532.
78. Morian, Hartes traumatisches Oedem. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2051.
79. Oberndorf, C. P., Disappearance of Angioneurotic Edema After Appendectomy. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 8. p. 623.
80. Pettazzi, Attilio, Sull'edema angionevrotico di Quincke. Nota clinica e critica. Il Morgagni. Parte I. (Archivio.) No. 4—5. p. 152. 161.



81. Derselbe, Sull'edema angionevrotico di Quincke. Nota clinica e critica. ibidem. Parte I. No. 4 e 5.
82. Pinkus, Psoriasis. Medizin. Klinik. No. 18. p. 744.
83. Polland, S., Kreibich und Matzenauer, Die Angioneurosen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1024.
84. Pollitzer, S., Skin Diseases in Relation to the Nervous System. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 12. p. 574.
85. Pusey, Allen, Solid Oedema (Symmetrical Elephantiasis) of the Face. Archiv f. Dermatologie. Bd. CXI. H. 1. p. 41.
86. Rach, E., Acrodermitis atrophicans. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 620. **(Sitzungsbericht.)**
87. Rasch, C., Sklerodermie mit Affektion der Mundschleimhaut und Basedow-Addison-Symptomen. Bemerkungen über die Aetiologie der Krankheit. Dermatolog. Zeitschr. Bd. XIX. H. 3. p. 244.
88. Ricoux et Brissot, Corne cutanée de la face chez une femme. Arch. internat. de Neurol. 10. S. T. I. p. 184. **(Sitzungsbericht.)**
89. Riecke, Fall von diffuser Sklerodermie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2135. **(Sitzungsbericht.)**
90. Roque, Germain, Rapports de la maladie de Raynaud avec la tuberculose et les lésions cardio-vasculaires. La Province médicale. No. 33. p. 365.
91. Rudzki, Stefan, i Hornowski, Josef, Erytromelalgia. Neurologij Polskiej.
92. Rühl, Karl, Über eine sonderbare menstruelle Hauterscheinung. Dermatolog. Wochenschr. Bd. 54. No. 20. p. 581.
93. Schmidt, Fall von Sklerodermie. St. Petersb. Mediz. Zeitschrift. p. 203. 216. **(Sitzungsbericht.)**
94. Sequeira, J. H., Alopecia universalis with Dystrophy of the Nails. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 5. Dermatological Section. p. 96.
95. Derselbe, Case Illustrating a Sequel to Alopecia Areata. ibidem. Vol. VI. No. 2. Dermatological Section. p. 49.
96. Sibley, W. Knowsley, Abnormal Tuft of Hair and Plica Neuropathica. The Lancet. II. p. 1717.
97. Soucek, Alfred, Ein Fall von vasomotorischer Hemiplegie. Wiener klin. Wochenschr. No. 27. p. 1044.
98. Spring, Ein Fall von Hyperhidrosis partialis. Zeitschr. f. Veterinärkunde. H. 3. p. 131.
99. Suchow, A., Zur Frage ber Raynaudschen Krankheit. Neurol. Bote. (Russ.) **19.** 360.
100. Sutton, Richard L., A Clinical Note on Hyperhidrosis circumscripta. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 13. p. 1193.
101. Telford, E. D., Hemi-Hypertrophy of the Body with Naevus and Varicose Veins. The Lancet. II. p. 1291.
102. Tenani, Ottorino, Sopra un caso di edema angionevrotico di Quincke in rapporto con la malaria. Atti della Acc. delle Scienze med. e nat. in Ferrara. **86.** 193.
103. Thomas, Contribution à l'étude de l'oedème unilatéral. Thèse de Paris.
104. Thomson, H. C., Diseases of Hypophysis Cerebri in Relation to Acromegaly. Med. Press and Circular. April 17.
105. Tomasczewski, Fall von sogenannter Morphaea (Sclerodermia circumscripta). Berl. klin. Wochenschr. p. 2435. **(Sitzungsbericht.)**
106. Trénel, Gangrène symétrique des extrémités. Arch. de Neurol. 10. S. T. II. p. 55. **(Sitzungsbericht.)**
107. Trömner, Fall von Sklerodermie. Neurol. Centralbl. p. 671. **(Sitzungsbericht.)**
108. Udaondo, C. B., Etiologia y tratamiento del sindrome de Raynaud. Semana Medica. Febr. March. 14.
109. Variot, M., Sur la maladie de Raynaud. Gaz. des hôpitaux. No. 19. p. 257.
110. Derselbe et Morancé, Un cas très grave de maladie de Raynaud chez un enfant de trois ans. Bull. Soc. de péd. de Paris. p. 3.
111. Vignolo-Lutati, Karl, Beitrag zum Studium der Beziehungen der Raynaudschen Krankheit zur hereditären Syphilis. Dermatolog. Centralbl. No. 7—8. p. 195. 229.
112. Derselbe, Beitrag zum Studium der Sclerodermia circumscripta. Dermatol. Zeitschr. Bd. 19. H. 7. p. 592.
113. Derselbe, Neurodermitis linearis psoriasiformis. Archiv f. Dermatol. Originale. Bd. 111. H. 3. p. 747.
114. Vörner, 1. Sklerodermie mit addisonscher Pigmentierung. 2. Universelle Erythrodermie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2082. **(Sitzungsbericht.)**
115. Wagner, Karl, Aufstellung einer neuen Hypothese als Basis für experimentelle Untersuchungen über Aetiologie, Pathogenese und Therapie des Heufiebers und verwandter Idiosynkrasien. Allg. Med. Centralzeitung. No. 38.



116. Weber, F. Parkes, Tropho-neurotic Separation of Nails, Followed by Alopecia areata. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 7. Dermatological Section. p. 129.
117. Wenniger, de Buy, Alopecia, verursacht durch Schreck. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56 (II). 1099. (Sitzungsbericht.)
118. Wiel, Harry J., Angioneurotic Edema: A Series of Cases with Observations. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 17. p. 1246.
119. Wijn, C. L., Die Hypophysis cerebri bei diffuser Sklerodermie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. I. 1325. (Sitzungsbericht.)
120. Withington, C. F., Visceral Purpura and Angioneurotic Oedema. Boston Med. and Surg. Journ. CLXVI. No. 14.
121. Wurcelman, Angioneurotisches Hirnoedem. Neurologja Polska. Bd. III. H. 3.
122. Zweig, Alexander, Zur Kasuistik und Aetiologie vasomotorisch-trophischer Störungen. Berl. klin. Wochenschr. No. 48. p. 2268.

Cassirer (15) veröffentlicht die zweite Auflage seiner Monographie über die vasomotorisch-trophischen Neurosen.

Das Werk ist schon beim Erscheinen der ersten Auflage von den Fachgenossen gewürdigt worden. Auch in dieser wesentlich umfangreicheren, neuen Auflage zeigt sich überall die klinische Erfahrung des Verfs., Beherrschung und kritische Verwertung der Literatur. Es ist ein besonderes Verdienst des Werkes, daß die Grenze zwischen sicher Festgestelltem und Hypothese überall deutlich zu erkennen ist. Auch die Ausstattung des Buches ist eine recht gute. (*Maas.*)

Donath (27) teilt zwei Fälle von Sklerodermie mit. Im ersten war eine Überempfindlichkeit gegen Wärme bemerkenswert; außerdem sind die schweren durch Röntgenbilder illustrierten Knochenstörungen bemerkenswert. Der zweite gehört zu den durch Thyreoidingebrauch günstig beeinflußten Fällen.

Königsfeld und **Zierl** (59) beschäftigen sich mit der Untersuchung der Bedingungen, unter welchen beim Menschen eine Kontraktion der Haarbalgmuskeln zustande kommt. Sie wandten mechanische, thermische und elektrische Reizung an, und zwar zunächst an der Haut. Bei den Versuchsergebnissen ist zwischen lokaler und halbseitiger Reaktion scharf zu unterscheiden. Die lokale Reaktion ist auf eine Reizung der glatten Muskeln der Haut direkt zurückzuführen. Das Auftreten der halbseitigen Gänsehaut nach sensibler Reizung ist als ein echter über Rückenmark und sympathischen Grenzstrang ziehender Reflex anzusehen. Die Reaktion war öfter stärker und halbseitig bei Männern und älteren Individuen sowie bei Potatoren und Personen mit labilem Nervensystem. Besonders lebhaft ist sie in manchen Fällen von Tabes dorsalis zu sehen. Der Versuch, einige oberflächlich liegende Nerven (Medianus, ulnaris, ischiadicus) mechanisch oder elektrisch zu reizen, schlug fehl, nur in einem Fall von Ischias erfolgte durch Druck auf die Druckpunkte eine starke lang anhaltende Piloreaktion. Dagegen waren die Versuche, durch Reizung des Halssympathikus einen pilomotorischen Effekt zu erzielen, von Erfolg begleitet. Versuchsanordnung: Eine Elektrode unterhalb des Winkels zwischen Sternokleido und Kukullaris, zweite an beliebiger Stelle. Die Reaktion trat stets nur auf der Seite der Halselektrode auf. Kein Unterschied der Wirkung zwischen starken und schwachen faradischen Strömen, auch mit der geringsten Stromstärke ließ sich eine maximale Reaktion erzielen. Beim galvanischen Strom fiel Beginn der Reaktion und schmerzhafte Empfindung stets zusammen. (Zahlen fehlen leider. Ref.) Die Reaktion erstreckte sich stets auf die ganze gereizte Seite, bot nur geringe individuelle Unterschiede, sie fehlte nur bei einer Hemiplegie und einem epileptischen Anfall. Es handelt sich wahrscheinlich um die direkte Reizung eines oberflächlich gelegenen Nervenstammes am Halse. (Die Versuche fordern sehr zur Nachprüfung auf.)



Wagner (115) entwickelt seine Anschauungen über die Pathogenese des Heufiebers. Durch irgendeine vorausgehende Erkrankung wird eine Disposition geschaffen: Sensibilisierung gegenüber gewissen Stoffen, die nun pathogen wirken, ohne daß alsbald ein echter Heufieberanfall resultiert. Daraus ergibt sich dann eine Anaphylaxie, die auch, wenn das Toxin (Antigen) nun nur in gewöhnlicher Menge auftritt, den Ausbruch des gesamten charakteristischen Symptomenkomplexes erzielt.

Lutati (111) berichtet folgenden Fall: 19jähriger Mann. Hutchinsonsche Zähne, Reste einer Keratitis interstitialis, tuberkulös-ulzeröses Syphilid. Wassermann positiv. Vom 12.—18. Jahre paroxysmale Hämoglobinurie. An der Nase und Ohren, weniger an Händen und Füßen Anfälle von Synkope und Asphyxie locale, an der Nase auch Gangrän. Antiluetische Behandlung brachte eine jetzt schon zwei Jahre andauernde Heilung aller Erscheinungen.

Machado (71) berichtet über Zerstörungen der Knochen bei angeblicher Raynaudscher Krankheit. Es handelt sich offenbar aber um endarteriitische Gangrän.

Lutati (112) beschäftigt sich in seiner Arbeit mit der sehr wichtigen, aber den Neurologen nicht direkt berührenden Frage der Abgrenzung von gewissen umschriebenen und oberflächlichen Formen der Sclerodermia circumscripta (kartenblattähnliche Sklerodermie Unnas), von Lichen planus sclerosus und der white spot disease (Weißfleckenkrankheit). Der Endausgang in Atrophie und Sklerose gibt über die ersten Veränderungen keinen Aufschluß; es muß demgemäß, wenn man nur ihn berücksichtigt oder berücksichtigen kann, zu diagnostischen Schwierigkeiten kommen.

Cunningham (22) hält die Psoriasis für eine Neurose und empfiehlt entsprechende Behandlung: Arsen, stickstoffarme Diät und alles, was geeignet ist, den Zustand des Nervensystems zu bessern.

Luithlen (70) berichtet von einem Patienten, der seit langem an Psoriasis leidend, an Urtikaria erkrankte. An einer Hautstelle, an der vor 4 Jahren eine erythematöse Röntgendermatitis erzeugt wurde, die aber seither ganz normal schien, tritt im Gefolge der Urtikaria starke Schwellung und Rötung der Haut und Eruption einzelner Psoriasis-Effloreszenzen auf. Nach Ablauf der entzündlichen Erscheinungen bleiben dauernd Erweiterungen der Hautgefäße genau im Gebiet der Dermatitis zurück. Es bestand offenbar infolge der Röntgenbestrahlung eine dauernde Veränderung der Gefäße der Haut, die anscheinend ganz normal war, und die bei der Urtikaria auf die Gefäße wirkenden Stoffe, welche bei normalen Gefäßen nur zu vorübergehenden Erweiterungen führten, bewirkten bei den früher geschädigten Gefäßen eine dauernde Erweiterung. So lassen sich auch die gelegentlich z. B. in der Gravidität auftretenden Teleangiektasien in früher bestrahlten aber anscheinend normalen Gebieten erklären.

Higier (46) beschreibt einen 7jährigen jüdischen Knaben aus gesunder, nicht luetisch infizierter Familie. Vater Alkoholiker, 3 Brüder gesund, 1 leidet an einer chronischen zerebralen Diplegie mit Krämpfen und Idiotismus. Die Mutter hat nie abortiert, hat jedoch eine schwere endemische ikterische Malaria durchgemacht. Von der Geburt an, — die normal verlief, — Schwellung der linken Hand, des linken Fußes und des Präputium. Nach 2 Wochen analog lokalisierte Schwellung der rechten Seite. Das Ödem des Präputium schwand allmählich, an den Extremitäten blieb es unverändert das erste Lebensjahr. Später exazerbierte die Schwellung jede 1—2 Monate, in den letzten Jahren noch öfter, wobei die „Extremitäten der Extremitäten“ stark anschwellen, schmerzhaft und rosa gefärbt werden und die Temperatur unter

intensiven Allgemeinerscheinungen 40—42° erreicht. Zuweilen platzt die geschwollene Haut, und es entleert sich reichlich Flüssigkeit. Nach 2 bis 3 Tagen schwindet die Exazerbation. Die angeborene chronische Schwellung nimmt nach jeder akuten Attacke etwas an Umfang zu. Nur selten erreicht sie die Gegend des Ellenbogen- oder Kniegelenkes, ohne sie jedoch zu überschreiten. An anderen Körperstellen sind nie Schwellungen aufgetreten. Charakteristisch für den chronischen Zustand sind: die Kongenitalität, ein dem übrigen Wachstum relatives Wachsen, die Persistenz der Schwellung, das Beschränktsein auf die distalen Extremitätenabschnitte, die Schwerhörigkeit, die weiße Färbung, die elastische Konsistenz, die regelmäßigen fieberhaften Exazerbationen entzündlicher Natur. Motorische, sensible, vasomotorische, thermische und sonstige trophische Störungen fehlen. Thyreoidin, Fibrolysin, Chinin, Eisen, Jod, Arsen, Quecksilber blieben erfolglos. Es liegt wahrscheinlich eine ziemlich seltene Varietät der Meigeschen Trophoedema congenitale, die einerseits mit der Gruppe der Quinckeschen akuten Ödeme, andererseits der rezidivierenden Erysipele und der symmetrischen Elephantiasis in Berührung steht. Daß es sich nicht um ein endemisches Leiden handelt, beweist die Tatsache, daß die dortigen Ärzte behaupteten, nie solchen Fällen begegnet zu sein. Interessant ist in bezug auf die Frage der Endo- und Exogenität des Leidens, daß die linken Extremitäten seit der Geburt, die rechten seit der dritten Lebenswoche ihr Akrotrophödem besaßen. Heredofamiliarität fehlte. (*Autoreferat.*)

Im Fall von **Wurcelman** (121) handelt es sich um eine 22jährige Patientin, welche vor zwei Jahren während der Schwangerschaft plötzlich eine rechtsseitige Lähmung mit Sprachverlust erlitten hat. Diese Lähmung hat sich nach einigen Stunden zurückgebildet. Ähnliche Lähmungen haben sich später 8mal wiederholt und haben von einigen Minuten bis zu einigen Stunden angedauert. Dem Anfall gehen Parästhesien in den rechten Extremitäten voraus. Während des Anfalles besteht eine rechtsseitige spastische Lähmung mit Babinskischem Symptom. Der letzte Anfall war mit einer Steigerung der Temperatur und rechtsseitigen Krämpfen verbunden, kurz danach hat sich eine maniakalische Erregung entwickelt, welche einige Tage angedauert hat. In den freien Intervallen zwischen den Anfällen finden sich im Nervensystem keinerlei Abweichungen von der Norm. Verf. schließt eine Migräne und eine Hirnembolie aus und vermutet ein angioneurotisches Hirnödem. (*Sterling.*)

Jaroszyński und **Zienkiewicz** (52) beschreiben 3 Fälle von vasomotorischen Neurosen. Im ersten Falle handelt es sich um eine 44jährige Plätterin, welche seit fünf Jahren an anfallsweise auftretender Blässe der Finger der beiden Hände leidet. Die Anfälle treten 5—6 mal am Tage auf, die Finger werden wachsweiß, wie leichenartig. Die Anfälle treten bedeutend häufiger im Winter auf; der Frost oder das Tauchen der Finger in kaltes Wasser können den Anfall lösen. Das Pulsieren der Aa. radiales ist deutlich wahrzunehmen. Erhebliche Schmerzhaftigkeit des Plexus brachialis beiderseits. Keine Störungen der Sensibilität. Es wird von den Verff. in diesem Fall eine vasomotorische Neurose vom Nothnagelschen Typus angenommen. Der zweite Fall betrifft eine 14jährige Näherin, welche seit vier Jahren an Ödem und Zyanose der sämtlichen Finger und Zehen leidet. Bei der objektiven Untersuchung findet sich eine geringe Struma. Die Finger und die Zehen sind rötlich-livid, kalt, mit Schweiß bedeckt, und die Schwellung reicht bis an die Hälfte des Unterarmes. Die Finger der beiden Hände befinden sich in einer Flexionskontraktur, die Weichteile sind verdickt. Außerdem finden sich im Nervensystem keinerlei Abweichungen



von der Norm. Die Verff. schließen Syringomyelie aus (keine sensiblen Störungen), differenzieren zwischen verschiedenen Typen der vasomotorischen Neurosen (Akroparästhesien von Schultze, vasomotorischer Neurose von Nothnagel, Raynaudscher Krankheit) und diagnostizieren eine Form, welche von Cassirer unter dem Namen Acroasphyxia chronica hypertrophica beschrieben worden ist. Der dritte Fall betrifft eine 25jährige Patientin, welche seit 8 Jahren an Kältegefühl der sämtlichen Extremitäten unter dem Einfluß der Kälte leidet. Die Finger werden dunkel-livid, leichenblaß, kalt, die Patientin klagt dann über Kribbelgefühl. In der Wärme bildet sich die Blässe zurück, die Finger werden rötlich-livid. Seit einigen Jahren sind die Finger in den letzten Phalangen dünner geworden. Die Haut ist an den zwei letzten Phalangen verdickt, haar- und faltenlos. Die Verff. können den letzten Fall keiner der bekannten Formen einreihen und betrachten ihn als eine Mischform. (*Sterling.*)

Galewsky (34) bestätigt durch Mitteilung zweier eigener Fälle die Tatsache des spontanen Verschwindens von juvenilen oder harten Warzen; in dem einen Fall bildeten sich an beiden Händen bei Behandlung mit Elektrolyse auch die nicht behandelten Warzen zurück, im zweiten bei Behandlung der Warzen der einen Hand auch die der andern. Wälsch, der ähnliches beobachtet hat, versucht eine Erklärung durch Anführung der Experimente Kreibichs, der bewies, daß unter bestimmten Umständen durch einen Hautreiz Veränderungen angioneurotischer Natur an der symmetrischen Hautstelle auftreten können.

Hauschild (45) berichtet über einige Fälle Quinckescher Krankheit. In einem derselben bestand eine Kombination mit Raynaudschen Symptomen.

Kafemann (54) betont die große Rolle der psychischen Momente beim Heuschnupfen und verwandten Störungen. Lokal zu empfehlen Kokain-, Menthol-, Adrenalinpräparate, innerlich Opiumpräparate, besonders Pantopon und Atropin.

Zweig (122) berichtet über das Auftreten einer fieberhaften Urtikaria bzw. Purpura bei einer Psychose. Dabei zeitweilig Tachykardie, Exophthalmus, Struma, Tremor manuum.

Cassirer (14) bespricht in zusammenfassenden Ausführungen die Rolle, die das vegetative System in der Pathologie der vasomotorisch-trophischen Neurosen zu spielen berufen ist. Die Symptomatologie dieser Affektionen wird durchaus von den Zeichen einer Störung der Funktionen dieses Systems beherrscht, es machen sich da sowohl vagotrope wie sympathikotrope Symptome geltend, bzw. sind Zeichen einer entsprechenden kongenitalen oder erworbenen Diathese vorhanden. Es liegt nahe, ursächlich dafür eine Alteration der Drüsen mit innerer Sekretion, namentlich der Thyreoidea, in Anspruch zu nehmen, zumal sich Kombinationen mit Erkrankungen darbieten, die auf eine Störung der inneren Sekretion mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit zurückgeführt werden. (Kombinationen mit Basedow, Paralysis agitans, Addison.) Nach der Ansicht des Verf. hat aber eine andere Auffassung mehr Wahrscheinlichkeit für sich. Die leitende Rolle spielt nicht die innere Sekretion, sondern das diese wie die Innervation der Gefäße beherrschende vegetative System. Die Verwandtschaft der Basedow-Gruppe findet so ihre Erklärung. Die Schlußfolgerung, die Verf. aus seinen Betrachtungen zieht, lautet demgemäß: Die Symptome der vasomotorisch-trophischen Neurosen (Organneurosen der Vasomotilität und verwander Organe) stellen Reizerscheinungen verschiedener Abschnitte des vegetativen Systems dar. Ihre erkennbar letzte Ursache beruht in einer weit verbreiteten ererbten oder erworbenen Störung dieses Systems.



Soucek (97) sah folgenden Fall. Ein aus vasomotorischer Familie stammender (Vater, Bruder Migräne) und selbst Zeichen von Vasolabilität bietender 10jähriger Junge bekommt nach Anstrengung beim Turnen Schmerzen in der linken Schläfengegend und Schwäche und Gefühllosigkeit der rechten Körperhälfte, die einige Tage lang anhält. Die objektive Untersuchung ergab eine geringe Pupillendifferenz, ganz geringe paretische Erscheinungen in der rechten Körperhälfte ohne Spasmen usw., ferner Pulsation der Halsgefäße und Bauchaorta, Tonus der Temporal- und Radialarterie erhöht, Pulsus irregularis respiratorius. Ähnliche Fälle sind gelegentlich, anscheinend noch nie bei Kindern beschrieben worden. Es muß als Grundlage ein lokalisierter Gefäßspasmus angenommen werden.

Sibley (96) teilt einen Fall eines abnormen angeborenen Haarbüschels in der Sakralgegend bei einem 11jährigen Kinde mit. Kein Zeichen einer Spina bifida (anscheinend keine Röntgenuntersuchung).

Hanns und **Ferry** (41): 39jährige Frau. Nach einer Phlebitis großes persistierendes Ödem an beiden Beinen. Später an der rechten Hand eine Art Phlegmone; die entzündlichen Erscheinungen gingen in drei Wochen zurück. Das Ödem aber verschwand nicht. Die Verf. nehmen an, daß eine Neigung der Kranken zur Bildung chronischer Ödeme vorhanden war, die die Persistenz der Ödeme erklärte.

Kirsch (55) berichtet über das Auftreten paroxysmaler Gefäßerscheinungen bei zwei Kindern: heftige Magenschmerzen, Erblassen, Herzklopfen, Schwindelgefühl; dabei kontrahierte Arterien, hebender verstärkter Spitzenstoß, epigastrische Pulsation. In dem einen Falle war auch eine transitorische Aphasie dabei.

Kölle (60) berichtet über therapeutische Erfolge in zwei Fällen von diffuser schwerer Sklerodermie. In dem einen wurde eine rein laktovegetabile Diät gegeben, dazu Schwitzbäder, gymnastische Übungen, Massage. Im zweiten kam dazu noch die Verabreichung von Coeliacin (Mesenterialdrüsenextrakt nach Schwerdt). Kölle nimmt an, daß die Sklerodermie hervorgerufen wird durch eine direkte Läsion des Sympathikus-Systems oder durch eine Alteration desselben durch Autotoxine. Im Versorgungsgebiet der Drüsen, die ja dem Sympathikus angehören, kommt es dann weiterhin auch zu Störungen, die ihrerseits wiederum den einen Teil der zum Bilde Sklerodermie gehörenden Erscheinungen, wie Störungen der Pigmentation usw. hervorrufen, während die anderen direkt durch Sympathikusaffektion bedingt sind. Hierher sind vor allem die trophischen Störungen zu rechnen.

Bouchut und **Dujol** (11) beschreiben folgenden Fall: Bei einer 69jährigen Frau traten im Alter von 60 Jahren Raynaudsche Symptome auf. Aus diesen entwickelte sich allmählich eine Sklerodaktylie, dazu trat dann ein großer sklerodermatischer Fleck am Halse und eine sklerodermatische Maske. Atrophie des linken Beines. Bei ihrem letzten Krankenhausaufenthalt bestand dauernd Fieber, das keinen erklärenden somatischen Befund erkennen ließ, Tachykardie, Dyspnoe. Bei der Sektion fanden sich neben den klassischen Veränderungen der Sklerodermie an der Haut sklerosierende Prozesse an der Schleimhaut der Nase und des Kehlkopfes, eine alte Sklerose der rechten Lungenspitze und eine schwere sklerotische Atrophie der Schilddrüse, die nur 3 Gramm wog. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich eine enorme Bindegewebswucherung, Endoperiarteriitis der kleinen Arterien; das drüsige Gewebe ist sehr stark reduziert. Die übrigen inneren Organe, auch Hypophyse und Nebennieren sind intakt. Das zentrale Nervensystem zeigt keine makroskopischen Veränderungen, die peripheren Nerven wurden auch mikroskopisch untersucht und normal be-



funden. Die Autoren nehmen an, daß die sklerotische Atrophie der Schilddrüse nicht ein sekundärer Vorgang ist, sondern sehen in ihr, indem sie sich auf die in der Literatur bekannt gewordenen gleichlautenden Befunde stützen und auf die Wirksamkeit des Thyreoidin hinweisen, ein pathogenetisches Moment. Sie geben aber zu, daß die Störung der Thyreoidinsekretion nicht für alle Fälle von Sklerodermie ursächlich in Frage kommen kann. Nach Ansicht des Ref. ist der Fall ebensowenig wie bisher irgendein anderer beweisend für die Rolle der Thyreoidea bei der Sklerodermie.

Bei einem 23jährigen Mann wurde von **Lasarew** (65) am 20. Tag des Typhus abdominalis symmetrische Fußgangrän bemerkt (Widal). Exitus 2 Wochen später an Komplikation (Pneumonie). Die Autopsie zeigte eine verbreitete Zellchromatolyse im Rückenmark (die sich sonst bei Infektionskrankheiten findet), nicht scharf ausgesprochene Degenerationen der peripherischen Nervenästchen und einen starken Lokalprozeß in den Füßen: eine Endarteriitis mit einer geringen Thrombosierung. Diesem lokalen Gefäßprozeß muß man die primäre Bedeutung zuschreiben. Die beschriebene Form soll nicht mit Raynauds Krankheit verwechselt werden, bei welcher es sich um reine vasomotorische Störungen handelt. *(Heimanowitsch.)*

Morbus Basedowii, Myxödem, Akromegalie, Gigantismus.

Ref.: Dr. Otto Maas-Berlin (Buch).

I. Morbus Basedowii.

1. Bálint, R., Einige Fragen der Entstehung, Symptomatologie und internistischen Behandlung der Basedowschen Krankheit. Orvosi Hetilap. 56. 355.
2. Bardenhewer, Oscar, Erzeugt Jodeinspritzung Morbus Basedow? Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 97. H. 3. p. 729.
3. Barusch, M., Zur experimentellen Erzeugung des Morbus Basedowii. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 10. p. 316.
4. Derselbe, Bemerkungen zu der Erwiderung des Herrn Klose und Lampé auf meinen Artikel „Zur experimentellen Erzeugung des Morbus Basedowii". Zentralbl. f. Chir. No. 19. ibidem. No. 27. p. 907.
5. Baumoel, S., Die Diagnose der Formes frustes des Morbus Basedowii. New Yorker Mediz. Monatsschr. No. 2. p. 35.
6. Bayer, Rudolf, Zur Histologie des Basedowthymus. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 82. H. 2. p. 408.
7. Bircher, Eugen. Zur experimentellen Erzeugung des Morbus Basedowii. Vorläufige Mitteilung. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 5. p. 138.
8. Bittorf, A., Fettstühle beim Morbus Basedowii. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1034.
8a. Blanchera, C., Über 2 Fälle von Flajanischer Krankheit. Gazetta degli ospedeli e delle cliniche. XXXIII. 9.
9. Boltenstern, v., Über Jodbasedow. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 9. p. 269.
10. Boschán, Friedrich, Anteilnahme des sympathischen Nervensystems an den Erkrankungen des Säuglings. I. Mitteilung. Der Reizzustand des sympathischen Nervensystems. Monatsschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. X. H. 11. p. 623.
11. Brandenstein, Hedwig von, Basedow-Symptome bei Lungentuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. No. 39. p. 1840.
12. Breitner, B., Schilddrüsenerkrankungen. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1955.
13. Castel, J. du, Sur un cas de dermatite polymorphe douloureuse et de basedowisme associés. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 5. p. 173.
14. Curschmann, H., Über intermittierende Basedowsymptome (bei Tabes dorsalis und Bronchialasthma). Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 76. H. 3—4. p. 242.
15. Davis, Edward P., Thyroid Disease Complicating Pregnancy and Parturition. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLIII. No. 6. p. 815.



16. Dock, G., Symptomatology of Hyperthyroidism. New York State Journal of Medicine. Sept.
17. Dommering, A., Augenmuskellähmungen beim Morbus Basedowii. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. I. 287.
18. Dyrenfurth, Felix, Zum Kapitel des traumatischen Morbus Basedow. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2208.
19. Erben, Sigmund, Über das Gräfesche Phänomen beim Basedow. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 43.
20. Eshner, Augustus A., Exophthalmic Goiter. Medical Record. Vol. 82. No. 6. p. 248.
21. Fauser, Psychische Störungen bei Basedowscher Krankheit. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 45.
22. French, H., Hyperthyroidism. Clinical Journal. Febr.
23. Fuller, W., Report of Exophthalmic Goiter Based on Experience of Members of the Chicago Surgical Society. Surgery, Gynecol. and Obstetrics. Nov.
24. Gaucher et Salin, Insuffisance ovarienne et syndrome de Basedow fruste chez une hérédo-syphilitique. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 2. p. 62.
25. Gelma, Eugène, Goitre exophtalmique unilatéral et gigantisme. Revue neurol. 1. S. p. 473. (Sitzungsbericht.)
26. Gordon, M. B., Exophthalmic Goiter, with Report of a Case. Medical Record. Vol. 81. No. 24. p. 1141.
27. Grober, Selbstheilung von Basedowscher Krankheit. Neurol. Centralbl. p. 1461. (Sitzungsbericht.)
28. Grünstein, A., Zur Hämatologie der Basedowschen Krankheit. Korsakoffsches Journal. 12. 157.
29. Guinard, Complications d'un kyste thyroïdien; apparition rapide de symptômes basedowiens, opération, guérison. Loire médicale. 1911. p. 338.
30. Hatiegan, J., Über das Blutbild bei Struma und Morbus Basedowii. Wiener klin. Wochenschr. No. 39. p. 1449.
31. Heinlein, Fall von Morbus Basedowii. Münch. mediz. Wochenschr. p. 1633. (Sitzungsbericht.)
32. Hoffmann, Rud., Nase und Basedow-Exophthalmus. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Mai. p. 557.
33. Hoover, C. F., Clinical Evidences of Relation Between Exophthalmic Goiter and Altered Function of the Thyroid. Ohio State Med. Journ. July 15.
34. Hornowski, J., O śmierci naglej w związka z zaburzeniami w czynności gruczolów o wewnętrznem wydzielaniu (Hyperthymisatio. Hyperchromaffinosis). Lwowski Tygodnik lekarski. 7. 263. 279.
35. Horsley, J. S., and Rosebro, B. M., Atypical Case of Hyperthyroidism. New York Med. Journ. Febr.
36. Hougardy, A., Un cas de goitre exophthalmique avec papille de stase chez un garçon de 14 ans. Ann. de la Soc. méd.-chirurg. de Liège. Nov. p. 165.
37. Jacobson, J. H., The Thyreogenic Origin of Graves Disease. Medical Record. Vol. 82. p. 1006. (Sitzungsbericht.)
38. Jones, T. M., Hyperthyroidism. Journal of Indiana State Med. Assoc. Febr.
39. Kaufmann, Friedrich, Ueber Basedow und Myxödem, speziell die frustrane inkomplette Form der Hyperthyreose. Inaug.-Dissert. Leipzig.
40. Klose, Heinrich, Die Basedowsche Krankheit. Ergebnisse der inneren Medizin. 1913. Bd. X. p. 167.
41. Derselbe, Über die Chirurgie der Thymusdrüse und deren Bedeutung in der Pathologie des Kindesalters und beim Morbus Basedowii. Fortschr. d. Medizin. No. 27. p. 833.
42. Derselbe und Lampé, Arno Ed., Zur experimentellen Erzeugung des Morbus Basdeowii. Bemerkungen zu den unter dem gleichen Titel im Zentralbl. für Chirurgie No. 10 erschienenen Arbeit von M. Baruch in Breslau. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 19. p. 641.
43. Derselbe und Liesegang, Raph. Ed., Bemerkung zu O. Bardenhewers Arbeit: Erzeugt Jodeinspritzung Morbus Basedow? in diesem Hefte p. 729. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 97. H. 3. p. 829.
44. Kocher, Albert, Die histologische und chemische Veränderung der Schilddrüse bei Morbus Basedowii und ihre Beziehung zur Funktion der Drüse. Virchows Archiv f. pathol. Anatomie. Bd. 208. H. 1—2. p. 86.
45. Kolb, Karl, Über Intestinalerscheinungen bei Basedowscher Krankheit und die Schwierigkeiten der Diagnose. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 49. p. 2669.
46. Krecke, A., Sind Begriff und Name der Basedowschen Krankheit beizubehalten? Medizin. Klinik. No. 7. p. 268.
47. Kuhn, Die grosse Verbreitung der Thyreotoxikosen (Basedow I und II) bei den Gestellungspflichtigen und ihre Besserung durch den Militärdienst. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 923.



48. Lambert, A., Atypical Forms of Hyperthyroidia. New York State Journal of Medicine. Sept.
49. Lampé, Arno Ed., Die Blutveränderungen bei Morbus Basedowii im Lichte neuerer Forschung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 24. p. 1127.
50. Derselbe, Liesegang, Raphael, Ed., und Klose, Heinrich, Die Basedowsche Krankheit, eine chirurgisch-experimentelle und -biologische Studie. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 77. H. 3. p. 601.
51. Lange, Fall von Basedowscher Krankheit. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. p. 305. **(Sitzungsbericht.)**
52. Langelaan, J. W., Über die unvollkommen entwickelten Fälle der Basedowschen Krankheit (Formes frustes du goitre exophtalmique Charcot). Neurol. Centralbl. No. 9. p. 546.
53. Ledoux, La lymphocytose des thyrotoxicoses. La Province médicale. No. 2. p. 13.
54. Lenormant, C., Le thymus des basedowiens. Journal de Chirurgie. Sept.
55. Lépine, R., Apparition de symptômes basedowiens consecutivement à l'absorption d'iode. Revue de Médecine. No. 8. p. 663.
56. Marañon, G., La hiperclorhidria en el hipertiroidismo. Revista Ibero-americana de sciencias medicas. Juni.
57. Derselbe, La Sangue en el Hipertitiroidismo, Valor y significacion de la formula de Kocher en el Mal de Basedow. Madrid. 1911.
58. Derselbe, Contribución al estudio de los sindromes pluriglandulares. Revista clinica de Madrid.
59. Matti, Hermann, Über die Kombination von Morbus Basedowii mit Thymushyperplasie. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 116. p. 425.
60. Maurice, Pathogénie de l'exophtalmie dans la maladie de Basedow. Lyon médical. T. CXIX. No. 42. p. 637.
61. Mc Guire, S., Thyroïd and Hyperthyroidism. Southern Med. Journal. Dec.
62. Melchior, Eduard, Die Beziehungen der Thymus zur Basedowschen Krankheit. **Kritisches Sammelreferat,** auf Grund der Literatur und noch unveröffentlichten Materials. Zentralbl. f. die Grenzgeb. d. Mediz. u. Chir. Bd. XV. H. 3. p. 166.
63. Meyer, Karl, Die Basedowerkrankungen der medizinischen Klinik zu Leipzig im Verlaufe der letzten 20 Jahre. Inaug.-Dissert. Leipzig.
64. Minor, L., Über saccadiertes Atmen der Basedow-Kranken. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 12. H. 5. p. 552.
65. Moon, R. O., Clinical Aspects of Graves Disease. The Practitioner. Vol. 89. No. 4. p. 478.
66. Münzer, Arthur, Ueber die aetiologische Bedeutung psychischer Insulte bei Erkrankung der Blutdrüsen. Berliner klin. Wochenschr. No. 25. p. 1165.
67. Neuwelt, Louis, Exophthalmic Goiter and Symmetrical Lipomatosis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 3. p. 168.
68. Noorden, Karl v., Zur Kenntnis der vagotonischen und sympathikotonischen Fälle von Morbus Basedowii. Inaug.-Dissert. Kiel.
69. Oswald, Adolf, Über den Morbus Basedow. Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 30. p. 1130.
70. Pern, S., Familial Element in Thyro-Toxicosis (Exophthalmic Goiter). Australian Med. Journal. May 18.
71. Pettavel, Charles A., Beitrag zur pathologischen Anatomie des Morbus Basedowii. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 116. p. 488.
72. Pulawski, A., Jod und Thyreoidin als Ursache der Basedowkrankheit bei Kropfbehandlung. Medizin. Klinik. No. 30. p. 1235.
73. Sauvage, Goître exophtalmique et grossesse. Soc. d'Obstétrique de Paris. 16. Mai.
74. Schlesinger, Hermann, Meine Erfahrungen über den akuten Morbus Basedowii. Die Therapie der Gegenwart. Nov. p. 488.
75. Schmieden, Intestinalerscheinungen bei Basedow. Berliner klin. Wochenschr. p. 1208. **(Sitzungsbericht.)**
76. Schulze, Fritz, Zur Klinik und Behandlung der Basedowschen Krankheit. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 13. p. 481—493.
77. Sowers, W. F. M., Exophthalmic Goiter. Virginia Med. Semi-Monthly. April 26.
78. Steinthal, Basedow-Struma. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 45.
79. Stern, Heinrich, Temperaturerhöhung bei Hyperthyroidismus. Berliner klin. Wochenschr. No. 12. p. 542.
80. Verebély, T., Pathologie der Basedowschen Krankheit. Orvosi Hetilap. 56. 351.
81. Weiss, Fall von Basedow- und Myxödemsymptomen. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 40. **(Sitzungsbericht.)**
82. White, Clifford, A Foetus with Congenital Hereditary Graves Disease. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Obstetrical and Gynacological Section. p. 247.



83. Wolpe, J. M., Die sekretorischen Störungen des Magens bei der Basedowschen Krankheit. Dtsch. Archiv f. klin. Medizin. Bd. 107. H. 5—6. p. 492.
84. Worms, G., et Hamant, A., De l'exophtalmie unilatérale dans la maladię de Basedow. Gaz. des hopitaux. No. 70. p. 1039.
85. Zander, Paul, Zur Histologie der Basedowstruma. Mitteil aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. Bd. 25. H. 4. p. 682.

II. Myxödem.

86. Bartholomaeus, Kind mit kongenitalem Myxödem. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1012. **(Sitzungsbericht.)**
87. Berkholz, Fall von Myxödem. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 38. **(Sitzungsbericht.)**
88. Birrenbach, H., Dystrophia adiposo-genitalis. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1861.
89. Bittorf, A., Zur Kasuistik der Störungen der inneren Sekretion. (Akromegalie, Dystrophia adiposo-genitalis und thyreogene Adipositas acuta symmetrica partialis. Berliner klin. Wochenschr. No. 23. p. 1072.
90. Bruce, A., Myxoedema Following Exophthalmic Goitre: Mental Symptoms; Death from Cardiac Syncope; Haemorrhage into the Nuclei of Both Vagi. Rev. of Neurol. **10.** 173.
91. Bulcke, G. van den, Sechs Fälle von Myxödem oder Hypothyreoïdie. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. **3.** 326. **(Sitzungsbericht.)**
92. Cade, A., Les grands types cliniques d'infantilisme. La Province médicale. No. 15. p. 167.
93. Castro, Aloysio de, Le syndrome thyro-testiculo-hypophysaire. L'Encéphale. No. 11. p. 329.
94. Derby, George S., Disease of the Optic Nerve in Myxoedema; its Relationship to the Thyroid Gland and to the Hypophysis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 12. Part. 2. p. 1045.
95. Edson, C. E., Tome Types of Thyroid Insufficiency. Colorado Medicine. Dez.
96. Franzi, F., Su di una forma di distiroidismo infantile. Bollet. delle cliniche. No. 4. p. 167.
97. Gerhardt, Fall von Dystrophia adiposo-genitalis. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 958. **(Sitzungsbericht.)**
98. Gulland, G. L., Myxoedema. Brit. Med. Journal. I. p. 369. **(Sitzungsbericht.)**
99. Hass, Infantilismus und Epiphyseolyse. Wiener klin. Wochenschr. **25.** 1137. **(Sitzungsbericht.)**
100. Hertoghe, E., Les insuffisances thyroïdiennes. Courtrai. Em. Vandesterne.
101. Jakunin, N., Klinische Erscheinungen des Hypothyreoidismus. Med. Revue (russ.). **78.** 65.
102. Kehrer, F. A., Embryonismus, Fötalismus und Infantilismus. Beitr. z. Geburtsh. u. Gynaekol. Bd. XVII. H. 2. p. 207.
103. Kocher, Theodor, Das Blutbild der Cachexia thyreopriva. (Myxödem. Cretinoide Zustände.) Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 99. H. 1. p. 280.
104. Köhler, A., Vollzählige proximale Metakarpalepiphysen. (Fall von infantilem Myxoedem.) Münch. Mediz. Wochenschr. No. 41. p. 2229. u. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. 19. H. 4. p. 279.
105. Léopold-Lévi, Un cas d'infantilisme tardif de l'adulte. Infantilisme sexuel de retour. Paris médical. No. 15. p. 364.
106. Derselbe, A propos des syndromes ovaro-thyroïdiennes et thyro-ovariens. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 3. p. 89.
107. Loewy, A., und Sommerfeld, P., Untersuchungen an einem Falle von kindlichem Myxoedem. Deutsch. mediz. Wochenschr. No. 16. p. 754.
108. Löwy, Max, Zur Kenntnis seltener „dyshumoraler" (innensekretorischer Störungen. Prager mediz. Wochenschr. 1911. No. 34—37.
109. Macfarlane, Catharine, Menstrual Suppression Due to Hypothyroidism. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 5. p. 342.
110. Magdinier, J., L'infantilisme prolongé. Thèse de Lyon. 1911.
111. Moraes, Bello, Aindra sobre distrofia adiposo-genital. A Medicina contemporanea. No. 39. S. 305.
112. Novis, R. S., A Case of Myxoedema. The Lancet. II. p. 1146.
113. Peiper, Myxödem. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2386.
114. Pollak, Fall von infantilem Myxödem. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 620. **(Sitzungsbericht.)**
115. Posthumus Meyjes, W., Akute Thyreoiditis. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **56.** I. 1182. **(Sitzungsbericht.)**



116. **Predtetschensky**, W., Zur Diagnostik der Hypothyreose (Myxoedème fruste). Prakt. Arzt (russ.). **11.** 487.
117. **Saenger**, Fall von Hypothyroidismus. Neurol. Centralbl. 1913. p. 263. **(Sitzungsbericht.)**
118. Derselbe, Forme fruste des Myxödems. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 388.
119. **Saunders**, P. W.. A Case of Hypo-pituitarism. Proc. oft he Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 3. Neurol. Sect. p. 73.
120. **Sheffield**, Herman B., Pediatric Memoranda. Congenital Myxedema, Cystic Goitre with Feeble Mentality. Medical Record. Vol. 81. No. 15. p. 705.
121. **Söderbergh**, Gotthard, Über Pseudotetanus myxoedematoïdes. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 5. p. 402.
122. Derselbe, Symptomes cérébelleux dans le myxoedème. Nordiskt Medicinskt. Arkiv. Häft III. No. 11.
123. **Souques**, Origine de l'infantilisme. Gaz. des hopit. p. 1238. **(Sitzungsbericht.)**
124. **Starr**, M. Allen, Neuroses Dependent Upon Errors of Internal Secretion of the Ductless Glands. Medical Record. Vol. 81. No. 26. p. 1217. u. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 31. p. 897.
125. **Strümpell**, v., Myxödem. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 270.
126. **Tenney**, C. F., Hyper- and Hypothyroidism in Childhood. Ohio State Med. Journal. Febr.
127. **Thaon**, Paul, et **Paschetta**, Un cas de syndrome pluri-glandulaire thyro-ovarien avec inversion viscérale totale. Revue neurol. 2. Sém. p. 608. **(Sitzungsbericht.)**
128. **Thierry**, Hedwig, Beitrag zur Symptomatologie der Thyreosen. Inaug.-Dissert. München.
129. **Thomas**, Erwin, Zur Einteilung der Myxödemformen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 10. p. 461.
130. **Thost**, Fall von Myxödem. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 49. **(Sitzungsbericht.)**
131. **Tscheboksarow**, M., Fall von Myxoedema. Aerztezeitung. (russ.) **19.** 1549.
132. **Unger**, L., Status thymo-lymphaticus eines Neugeborenen. Beiblatt zu d. Mitteil. d. Ges. f. innere Medizin. No. 2. p. 65.
133. **Voss**, A., Über Thyreonosen. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 12. p. 367.
134. **Wieland**, F., Über hypothyreotische Konstitution und über frühzeitig erworbene Athyreose. Berlin. Julius Springer.

III. Akromegalie.

135. **Amsler**, Cäsar, Zur Lehre der Splanchnomegalie bei Akromegalie. Berl. klin. Wochenschr. No. 34. p. 1600.
135a. **Ascenzi**, O., Beitrag zum klinischen Studium des infantilen Riesenwachstums. Rivista di patologia mentale e nervosa. Heft 7.
136. **Ballet**, Gilbert, et **Laignel-Lavastine**, Nouveau cas d'acromégalie avec autopsie. L'Encéphale. No. 1. p. 1.
137. **Bittorf**, 1. Fall von Dystrophia adiposo-genitalis. 2. Akromegalie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1763.
138. **Briquet**, Contribution à l'étude de l'acromégalie. La Presse médicale. No. 74. p. 751.
139. **Castro**, Aloyso, Sur la coexistence de la maladie de Recklinghausen avec l'acromégalie. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtr. No. 1. p. 41.
140. **Cauvin**, Charles, Acromégalie. Tumeur de l'hypophyse. Troubles oculaires. Traitement organo- et radiothérapie. Guérison (?) Recupération de la vision et du champ visuel. Arch. d'Ophthalmologie. Nov. p. 657.
141. **Coffey**, W. B., and **Cummins**, W. T., Case of Acromegaly with Thrombosis and Embolism. California State Journal of Medicine. Aug.
142. **Cooper**, C. M., Hypophysis Disease and their Diagnosis. ibidem. June.
143. **East**, Guy Rowland, A Case of Acromegaly with Mental Symptoms. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. Oct. p. 631.
144. **Eiselsberg**, v., Fall von Akromegalie. Wiener klin. Wochenschr. p. 183. **(Sitzungsbericht.)**
145. **Farrant**, Rupert, A Case of Acromegaly. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 8. Clinical Section. p. 193.
146. **Fischer**, Bernh., Hypophysis und Akromegalie. Frankf. Ztschr. f. Pathologie. Bd. XI. H. 1. p. 130.
147. Derselbe, Hypophysis und Adipositas hypogenitalis. ibidem. p. 145.
148. **Gallais**, Alfred, Gigantisme acromégalique sans élargissement de la selle turcique. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 2. p. 124.
149. **Godart-Danhieux**, M., Un cas d'acromégalie fruste. La Policlinique. No. 12.

150. Goldstein, Akromegalie nach Kastration. — Eunuchoide vom grossen Typus. (Taucher-Gross.) — Zwei Geschwister von eunuchoidem Fettwuchs. — Geschwister mit infantilem Myxödem. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 43.
151. Hoppe, H. H., Leontiasis Ossea, Acromegaly and Sexual Infantilism. Journ. of Nerv. and Mental. Disease. Febr. Vol. 39. No. 2. p. 77.
152. Leclerc, Relation d'une autopsie d'acromégalique concernant un malade présenté à la société de médecine dans la séance du 17. Décembre 1910. Lyon médical. T. CXIX. p. 73. (Sitzungsbericht.)
153. Maase, Hypophysiserkrankung. Berl. klin. Wochenschr. p. 1493. (Sitzungsbericht.)
154. Mark, Leonard Portal, Acromegaly, a Personal Experience. London. Baillière, Tindall & Co.
155. Marquès et Teyron, Sur l'acromégalie, l'acromégalo-gigantisme et leurs formes frustes. Importance des données formées par la radiographie. Arch. d'Electr. médicale. 10. janv.
156. Moorhead, T. G., Two Cases of Acromegaly. Medical Press and Circular. Oct. 23.
157. Pallasse, E., et Murard, J., Acromégalie et urémie. Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. No. 6. p. 454.
158. Pellacani, G., Acromegalia con lesioni pluriglandulari. Riv. ital. di Neur. 5. 348.
159. Petrén, Karl, Kurze Bemerkungen zur Akromegaliefrage. Virchows Archiv f. pathol. Anatomie. Bd. 207. H. 1. p. 82.
160. Risley, S. D., Case of Bitemporal Hemianopsia and Acromegaly and Other Symptoms Apparently Due to Disease in Pituitary Region. Annals of Ophthalmology. Jan.
161. Salle, V., Über einen Fall von angeborener abnormer Grösse der Extremitäten mit einem an Akromegalie erinnernden Symptomenkomplex. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 75. 3. F. Bd. 25. H. 5. p. 540.
162. Schlesinger, H., Fall chronisch verlaufender Akromegalie. Wiener klin. Wochenschr. p. 289. (Sitzungsbericht.)
163. Schultze, Fr., und Fischer, Bernhard, Zur Lehre von der Akromegalie und Osteo-arthropathie hypertrophiante. Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 24. H. 4/5. p. 607.
164. Uthy, L., Akromegalie verursachendes Hypophysisgumma. Budapesti Orvosi Ujság (Gégészet). 2. 14.
165. Westphal, Röntgenbefund an der Sella turcica. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 915. (Sitzungsbericht.)
166. Weygandt, Über Hypophysisstörungen. Neurol. Centralbl. p. 998. (Sitzungsbericht.)
167. Williams, Tom C., and Dunlap, John, Adiposis Pituitary Syndrome of Lannois with Narcoleptic Fits without Genito-Urinary Symptoms. Preliminary Report. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 2. p. 106.
168. Winkler, C., Hypophysis, Dystrophia genito-adiposa und Akromegalie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. (2.) 825.
169. Wolfsohn, Georg, und Marcuse, Emil, Neurofibromatosis und Akromegalie. Berl. klin. Wochenschr. No. 23. p. 1088.

IV. Gigantismus.

170. Antoni, Johann, Ueber Elephantiasis congenita und ihre Beziehungen zum partiellen Riesenwuchs. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
171. Ascenzi, O., Contributo allo studio clinico del gigantismo infantile. Riv. di Patologia nerv. 17. 385.
172. David, La dactylomégalie essentielle. Thèse de Paris.
173. Garnier, Marcel, Nanisme et gigantisme. Paris médical. 1911. No. 2. p. 44—52.
174. Hahn, Eduard, Über den partiellen Riesenwuchs. Centralbl. f. die Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 16. H. 1. p. 19.
175. Horand, René, Un cas de macrodactylie. Lyon médical. Vol. CXIX. p. 749. (Sitzungsbericht.)
176. Million, Johannes, Über kongenitale partielle Hypertrophie. Inaug.-Dissert. München.
177. Niemann, Angeborener partieller Riesenwuchs der rechten Gesichtshälfte. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1809.
178. Ramond, Félix, et David, Les Dactylomégalies. Le Progrès médical. No. 29. p. 353.
179. Thomas, E., Über riesenwuchsähnliche Zustände im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. V. H. 5. p. 401.
180. Tugendreich, Fall von angeborener, halbseitiger, partieller Hypertrophie der Extremitäten. Berl. klin. Wochenschr. p. 278. (Sitzungsbericht.)
181. Weihe, Friedrich August, Ueber angeborenen partiellen Riesenwuchs. Inaug.-Dissert. Berlin.



Unter den letztjährigen Arbeiten, welche die in der Überschrift genannten Gebiete betreffen, scheinen dem Ref. besonders bemerkenswert einige die experimentelle Erzeugung der Basedowschen Krankheit behandelnde Mitteilungen.

Basedowsche Krankheit, Myxödem.

Lampé, Liesegang und **Klose** (50) berichten über ausgedehnte Untersuchungen über die Basedowsche Krankheit; sie stützen sich auf klinische Beobachtungen, Tierversuche, mikroskopische, chemische und physikalische Untersuchungen. Von ihren Schlußfolgerungen ist die bemerkenswerteste, daß die Basedowsche Krankheit nicht als Hyperthyreoidismus, sondern als Dysthyreoidismus anzusehen sei. Die Blutveränderungen führen sie nicht direkt auf die Schilddrüsenveränderungen zurück, sondern glauben, daß die Schilddrüse auf die Keimdrüsen wirke; durch letztere würde die Thymushyperplasie angeregt und durch diese die Lymphozytose hervorgerufen. — In bezug auf die Behandlung sind die Verff. Anhänger der Operation, nämlich der partiellen Entfernung der Schilddrüse. Der Arbeit ist ein ausführliches Literaturverzeichnis beigefügt. Auch wer, wie Ref., nicht von allen Ergebnissen der Verff. überzeugt ist, wird in dem Werk einen wertvollen Fortschritt in der Erkenntnis der Basedowschen Krankheit sehen.

Die Schlußfolgerungen, zu denen **Klose** (40) kommt, stimmen mit denjenigen der vorgenannten Arbeit überein.

Oswald (69) kommt zu dem Schlusse, daß die rein thyreogene Theorie im Sinne Möbius' nicht befriedigen könne, daß vielmehr etwas extrathyreoidalgelegenes eine wesentliche Rolle bei der Genese des Basedow spielen müsse. Anscheinend sei dieses Moment in einem Reizzustand des Nervensystems zu suchen. Beim sekundären Basedow dürfte der Hyperthyreose eine größere genetische Bedeutung beizumessen sein. Verschiedene Abschnitte des Nervensystems seien wesentlich beteiligt, so sei der Basedow auch mitunter „ein Symptomenkomplex“. Die neuerdings in allen schweren Fällen beobachtete Thymuspersistenz und Hypertrophie des lymphatischen Apparates sei nur ein gravirendes, kein kausales Moment. Therapeutisch wäre aber die Entfernung der Thymus sehr empfehlenswert, da dann auch die Hyperlymphozytose schwinde. (*Loewy.*)

Bircher (7) hat mehrfach die Thymus von Patienten, die infolge von Thymuspersistenz im Narkoseshok zugrunde gegangen waren, oder bei denen infolge von Thymusstenose die Thymus operativ entfernt werden mußte, in die Bauchhöhle von Versuchstieren überpflanzt, und hat bei diesen typische Basedowsche Krankheit hervorrufen können. Verf. sieht die Versuche als Beweis für den Zusammenhang der Basedowschen Krankheit und der Thymusdrüse an.

Baruch (3) hat durch intraperitoneale Injektion des Organbreis menschlicher Strumen in einer Anzahl von Fällen bei Versuchstieren Tachykardie, Haarausfall, Durchfälle, Abmagerung, einige Male auch Exophthalmus erzeugt; bei einzelnen Versuchen erzielte Verf. kein positives Resultat. Verf. sieht als wesentliches Ergebnis an, daß die genannten Symptome auch durch ein Ausgangsmaterial, das nicht von Basedowkranken stammte, hervorgerufen werden konnten.

Bardenhewer (2) wendet sich gegen die Angabe von Klose, der durch intravenöse Injektion von Schilddrüsenpreßsaft sowie von Jodkalilösung die wesentlichsten Symptome der Basedowschen Krankheit bei Versuchstieren hervorgebracht haben will. Bardenhewer hat durch intravenöse Injektion von Jodkalilösung keine nennenswerten Veränderungen erzeugen können und



hält es daher vorläufig nicht für berechtigt, wenn Klose sagt: „Die Basedowsche Krankheit ist eine Vergiftung mit anorganischem Tod.“

Klose und **Lampé** (42) halten Baruch gegenüber daran fest, daß Preßsäfte dem Organbrei als Material zur Erzeugung des experimentellen Morbus Basedowii vorzuziehen seien. Wert legen sie darauf, daß bei ihren Versuchen eine einmalige Injektion genügte, um das Krankheitsbild hervorzurufen, während Baruch erst durch wiederholte Injektionen den von ihm beschriebenen Symptomenkomplex erhielt. Klose und Lampé fassen diesen im wesentlichen als anaphylaktische Erscheinung, nicht jedoch als Basedowsche Krankheit auf.

Kocher (103) berichtet über Blutuntersuchungen bei Cachexia thyreopriva; es fand sich im allgemeinen wie bei Basedowscher Krankheit neutrophile Leukopenie mit Lymphozytose; während aber bei Basedowscher Krankheit die Gerinnung des Blutes verlangsamt ist, ist sie bei Cachexia thyreopriva beschleunigt. Kocher führt weiter aus, wie wichtig es für die Therapie ist, sicher zu erkennen, ob Hypo- oder Hyperthyreose vorliegt. Bei geeigneter Therapie kehrt das Blutbild zur Norm zurück. Ferner erörtert er die Unterschiede zwischen der Wirkung von Schilddrüsenpräparaten und Jod, resp. Jodkali und bespricht zum Schluß die Beziehungen der Schilddrüse zu anderen inneren Organen; es geht aus den Arbeiten zahlreicher Autoren, auf die sich Kocher bezieht, hervor, daß Erkrankung der Schilddrüse Störung der Funktion der verschiedensten Organe hervorruft.

Albert Kocher (44) berichtet über das Gesamtresultat seiner Untersuchungen an Basedowschilddrüsen (s. die Referate über seine früheren Mitteilungen Jahresbericht Bd. XIV S. 831 und Bd. XV S. 775). „Wir finden in der Basedowschilddrüse nicht etwas histologisch Spezifisches oder Pathognomonisches, insofern man hierunter die Bildung besonderer Drüsenelemente versteht, die sich ohne Basedow in der Schilddrüse nicht fanden. Wir finden vielmehr charakteristische quantitative und progrediente Veränderungen des normalen Parenchyms: eine gewaltige Vermehrung im übrigen normaler Drüsenelemente oder eine Vergrößerung einer Mehrzahl oder aller Drüsenelemente, wie wir sie in normal großen und vergrößerten Schilddrüsen Erwachsener nur ganz spärlich, dagegen in kindlichen Schilddrüsen und bei wachsenden Individuen schon häufiger finden. Ferner finden sich gewisse Zell- und Kernveränderungen, die man ohne Basedow selten und nicht so reichlich findet, über deren Ätiologie und Natur man (abgesehen von Basedow) noch nichts Bestimmtes aussagen kann. Ferner besteht eine Veränderung des Bläscheninhalts, deren Nachweis, namentlich histologisch, wegen des verschiedenen Verhaltens vor der Erkrankung und des daherigen Mangels bestimmter Vergleichsobjekte schwierig ist.“

Zander (85) leugnet, daß der M. B. sich histologisch stets in einer einzigen Form der diffusen parenchymatösen Struma mit Hyperplasie des Epithels finde. Vielmehr können alle übrigen Kropfformen dabei gefunden werden. Die pathognomonischen Veränderungen bestehen in Proliferations- und Hyperplasiezuständen der Schilddrüsenbläschen und ihrer Epithelien und in Verflüssigung des Kolloids, ferner meist Vermehrung der lympatischen Elemente. „Auch histologisch charakterisiert sich der M. B. als Hyperthyreoidose“. (*Loewy.*)

Pettavel (71) hat bei vier Fällen von Basedowscher Krankheit mikroskopische Veränderungen der Nebennieren, in einem Fall, bei dem auch Glykosurie bestand, im Pankreas Degeneration der Langerhansschen Inseln mit Lymphozyteninfiltration nachgewiesen.



Bayer (6) weist auf die Bedeutung hin, die der Thymuspathologie im Laufe der letzten Jahre zuerkannt worden ist, und gibt die ausführliche Beschreibung des mikroskopischen Befundes einer Thymusdrüse, die bei einem Fall von Basedowscher Krankheit gefunden wurde. Die Patientin war ca. 24 Stunden nach operativer Entfernung eines Teiles der hyperplastischen Schilddrüse gestorben, die Thymus war stark vergrößert, mikroskopisch fand sich „Hyperplasie von Rinde und Mark, allerdings mit besonderer Beteiligung der epithelialen Elemente"; das Bild unterscheide sich vom Status thymicus, bei dem meist nur isolierte Markhyperplasie vorliegt, aber auch von der Basedowthymus, von beiden Formen habe in diesem Fall die Thymus einzelne Zeichen. Verf. nimmt an, daß hier schon früher Thymus hyperplasticus bestanden habe, „der unter den Basedowerscheinungen sich modifiziert und nach Ausschaltung der Struma zu einer gesteigerten pathologischen Funktion angeregt zum Vergiftungstod geführt hat".

Lampé (49) behauptet, daß die bei der Basedowschen Krankheit auftretende Veränderung des mikroskopischen Blutbildes auch nach erfolgreicher Operation bestehen bleibe, und daß es nicht direkt auf die pathologische Funktion der Schilddrüse, sondern auf die der Thymus zurückzuführen sei; er nimmt an, der Dysthyreoidismus wirke zunächst auf die Keimdrüsen und dann deren pathologische Funktion auf die Thymus. Zum Schluß bespricht Verf. kurz die physikalischen und chemischen Veränderungen des Blutes bei der Basedowschen Krankheit.

Hatiegan (30) fand in der Hälfte der von ihm untersuchten Fälle von Struma die gleichen Veränderungen des mikroskopischen Blutbildes wie bei Basedowscher Krankheit; er glaubt daher, daß das Blutbild keine wesentliche diagnostische Bedeutung hat; noch geringeren Wert habe es für die Prognose.

Grünstein (28) konnte an seinem Material den in der Literatur mehrfach beschriebenen Befund bestätigen: charakteristisch für M. Basedowii ist Lymphozytose und Verminderung der neutrophilen Zellen. Vermehrung der Eosinophilen und Leukopenie sind häufig, jedoch nicht beständig. Bei den formes frustes ist dieser Befund nicht immer so deutlich ausgeprägt, kann auch erst fehlen. Die Lymphozytose wird durch das Vorhandensein vagotroper Substanzen thyreogener Abstammung im Blute erklärt. (*Kron.*)

Blanchera's (8a) Beschreibung von zwei Fällen Basedowscher Krankheit, von denen der eine mit Mitralisinsuffizienz und der andere mit Nephritis kompliziert war. (*Audenino.*)

Ledoux (53) berichtet über die Resultate, welche frühere Autoren bei der Bluntersuchung von Patienten mit Schilddrüsenkrankheiten erhielten, und teilt seine eigenen Untersuchungsergebnisse mit. Er glaubt, daß Lymphozytose häufig, aber nicht stets bei Basedowscher Krankheit, seltener bei sonstigen Thyreotoxikosen auftrete; somit komme dem Symptom kein sehr großer diagnostischer Wert zu.

Matti (59) kommt auf Grund von Literaturstudien und eigenen Untersuchungen zu dem Resultat, daß in der Mehrzahl der zur Autopsie gelangenden Basedowfälle eine hyperplastische Thymus vorliegt; besonders häufig sei das bei den Fällen, die im unmittelbaren Anschluß an die Operation sterben. Verf. nimmt an, daß die Tätigkeit der vergrößerten Thymusdrüse die Basedowsymptome steigere; ferner vermutet Verf., daß „eine mangelhafte Entwicklung des chromaffinen Systems für den schlimmen Verlauf vieler mit Thymushyperplasie kombinierter Basedowfälle mit verantwortlich zu machen" sei. — Die Beziehungen zwischen Schilddrüse und Thymus sieht Verf. als ungeklärte an, ebenso die zu dem chromaffinen System. Eppingers und



Heß Lehre von den sympathikotonischen und vagotonischen Basedowformen hält Matti keineswegs für gesicherte Tatsache. — Die Bedeutung der Schilddrüse für die Basedowsche Krankheit sieht Verf. als sicher an, nicht jedoch, daß in der Schilddrüse „die einzige und primäre Krankheitsursache“ zu suchen sei. In welcher Weise Thymushyperplasie die Operationsfrage beeinflussen soll, ist nach Mattis Meinung noch ungeklärt.

Pulawski (72) berichtet über einige Fälle von Kropf, bei denen Jod und Jodothyrin die Symptome der Basedowschen Krankheit hervorrief.

Boltenstern (9) warnt auf Grund zahlreicher, von verschiedenen Autoren mitgeteilter Fälle vor kritiklosem Jod- und Thyreoidingebrauch, da häufig dadurch schwere Erscheinungen von Hyperthyreoidismus selbst bei solchen Patienten auftreten, bei denen von einer Schilddrüsenerkrankung nichts bekannt war. Kranke, die die genannten Medikamente erhalten, müssen unter regelmäßiger ärztlicher Überwachung stehen, damit schon die ersten Zeichen von Hyperthyreoidismus erkannt werden.

Lépine (55) sah in einem Falle, bei dem ärztlicherseits Jod angewandt worden war, die Symptome der Basedowschen Krankheit auftreten, er nimmt an, daß hier eine Prädisposition für die Basedowsche Krankheit bestand.

Langelaan (52) glaubt, daß die „formes frustes“ nur bei „asthenischen Konstitutionen“ zum Ausbruch kommt, besonders bei Frauen in der Pubertät und um das 90. Lebensjahr herum. Kardiovaskuläre, sekretorische Störungen und ein gröberer „asthenischer“ Tremor vervollständigen das Krankheitsbild. Im Gegensatz zu Stern will Langelaan nur diese eine Form vom eigentlichen Morbus Based. abtrennen und diese Krankheit nicht weiter zergliedern. (*Loewy.*)

Meyer (63) bringt einen ausführlichen Bericht über Symptomatologie, Therapie und Prognose aller Basedowfälle der Med. Klinik in Leipzig in den letzten 2 Jahrzehnten, ohne prinzipiell Neues zu bringen. (*Loewy.*)

Stern (79) meint, daß Temperaturerhöhung bei Hyperthyreoidismus eins der frühzeitigsten objektiven Symptome ist, und zwar sei sie weit häufiger bei milden, als bei ausgeprägten Formen.

Vom hysterischen Fieber unterscheidet es sich durch: 1. Zusammenfall des Fiebers mit psychischem Verfall und Abmagerung, 2. Vermehrung der Harnstoff- und Phosphorsäureausscheidung, 3. Verlängerung oder Verstärkung durch Thyreoid- und Jodpräparate. Die Temperaturerhöhung beruht, ebenso wie die vermehrte Perspiration und Körperwärme auf direkter Hypersekretion der Schilddrüse oder gesteigerter Sympathikuserregbarkeit und sind durch dieselben Mittel gebessert. (*Loewy.*)

Noorden (68) kommt in Anschluß an drei beschriebene Fälle zu der Ansicht, daß die Eppinger-Heßsche Einteilung in vagotonische und sympathikotonische und gemischte Fälle von Morb. Based. berechtigt ist, und daß die reinen Formen niemals, die gemischten stets mit psychopathologischen Erscheinungen einhergehen. Dies deute darauf hin, daß die Regulierung der vegetativen Funktionsintensitäten höheren Abschnitten des Zentralnervensystems unterstellt ist. (*Loewy.*)

Dyrenfurth (18) bespricht einen Fall von Basedowscher Krankheit sowie 2 Fälle von forme fruste dieses Leidens, bei denen die Symptome einige Zeit nach körperlichen Traumen aufgetreten waren. Verf. ist geneigt, dem Trauma ursächliche Bedeutung für die Entstehung der Krankheit zuzuschreiben; besonderen Wert legt er auf einen der Fälle, der einen vorher völlig gesunden Mann betrifft, dem psychischen Trauma, das mit den Unfällen verbunden war, legt Verf. größere Bedeutung bei als der Körperverletzung.

Wolpe (83) hat durch chemische Untersuchung des Magensaftes nachgewiesen, daß sowohl Salzsäure wie auch die Verdauungsfermente bei Basedowscher Krankheit in sehr verminderter Menge produziert werden, und daß darauf die gestörte Darmtätigkeit zurückzuführen sei. Er nimmt an, daß die gestörte Magensaftsekretion der Ausdruck einer konstitutionellen Asthenie des Organismus sei, die durch das „Basedowgift“ hervorgerufen werde.

Bittorf (8) beobachtete bei einem Basedowkranken Fettstühle, die er auf Insuffizienz der äußeren Pankreassekretion zurückführt, da Trypsin im Stuhl fast völlig fehlte, zahlreiche fast unveränderte Muskelfasern in den Fäzes gefunden wurden und Pankreondarreichung die Fettmenge im Stuhl verringerte. Verf. legt auf die Tatsache, daß hier die äußere Pankreassekretion gestört war, aus dem Grunde wert, weil Falta die von ihm in zwei Fällen beobachteten Fettstühle bei Basedowscher Krankheit auf Störung der inneren Sekretion des Pankreas zurückführen wollte.

Kolb (45) weist darauf hin, daß es symptomarme Fälle von Basedowscher Krankheit gibt, bei denen dauernde Diarrhöen das wesentlichste Krankheitssymptom sein können.

Brandenstein (11) hat das Krankenmaterial einer Lungenheilstätte auf Basedowsymptome untersucht und mehrfach ein oder das andere Symptom dieser Krankheit, in einzelnen Fällen auch das vollentwickelte Bild der Basedowschen Krankheit gefunden; im Anschluß daran erörtert Verf. die verschiedenen Möglichkeiten, die als Erklärung für das gleichzeitige Vorkommen beider Affektionen in betracht kommen. Verf. nimmt an, daß die Tuberkulose die primäre Erkrankung ist, die bei disponierten Individuen die Erkrankung der Schilddrüse und die von dieser abhängigen Symptome auslöst.

Curschmann (14) beobachtete in einem Fall von Tabes sowie in zwei Fällen von Bronchialasthma intermittierendes Auftreten von Basedowsymptomen, die er auf Reizung der die Schilddrüsensekretion regulierenden Nerven zurückführt.

In einem der Asthmafälle kam es zugleich mit dem Auftreten der Basedowsymptome zu vorübergehender Anschwellung von symmetrisch gelegenen Lipomen. Verf. folgert daraus, daß die symmetrischen Lipome von der Funktion der Schilddrüse sowie von den vom Sympathikus innervierten Vasomotoren abhängig sind. Verf. verweist auf einige frühere Mitteilungen, die für die Abhängigkeit der symmetrischen Lipome von nervösen Einflüssen sprechen.

Hoffmann (32) weist darauf hin, daß der Basedowexophthalmus durch galvanokaustische Ätzung der normalen Nasenmukosa günstig beeinflußt werde, was er in seiner großen Zahl von Fällen beobachtet hat; die von Brückmann geäußerte Vermutung, daß in derartigen Fällen eine Nebenhöhlenerkrankung vorläge, wird von Verf. bestritten.

Erben (19) nimmt an, daß das Graefesche Symptom bei der Basedowschen Krankheit auf Schwäche des Orbicularis oculi beruhe.

Worms und **Hamant** (84) meinen, daß einseitiger Exophthalmus meist ein Symptom von wenig ausgebildetem Morbus Basedowii und daher ein prognostisch gutes Zeichen sei. (*Loewy.*)

Maurice (60) führt den Exophthalmus beim Basedow zurück auf eine Hyperfunktion der Nebennieren (ebenso den gespannten Puls und die arterielle viszerale Sklerose).

Die postoperativen Erscheinungen sind die Folge des Zellschwundes in den Kernen von X und auf die „cardio-arterielle Sklerose, die keine allgemeine Anästhesie zulasse“. Er empfiehlt s. (*Loewy.*)

Minor (64) berichtet zunächst über Mitteilungen früherer Autoren über Atmungsanomalien bei Basedowscher Krankheit und bespricht dann eigene



Untersuchungen, bei denen er sich einer Modifikation der Oralauskultation nach Takata bediente; er fand bei der Basedowschen Krankheit sakkardiertes Atmen, „und zwar scheint das sakkardierte Atmen bei dieser Krankheit so konstant und resistent zu sein, daß ich es wage, es als ein Symptom des Morb. Basedowii zu bezeichnen.“ Bei anderen Krankheiten, wie z. B. bei Hysterie und multipler Sklerose fand Verf. das Symptom gelegentlich ebenfalls. Welche Muskeln für das sakkardierte Atmen verantwortlich zu machen sind, sieht Minor als unentschieden an.

Schlesinger (74) weist auf Fälle hin, die derart von dem klassischen Bilde der Basedowschen Krankheit abweichen, daß der Verdacht auf okkulte Neubildung, gelegentlich auch auf Drüsentuberkulose oder Typhus entstand.

Häufig magern diese Kranken rapide ab, rascher als das bei Diabetes und okkulten Neubildungen beobachtet wird; ferner sieht man oft Milztumor und Fieber, bald von kontinuierlichem, bald von intermittierendem oder remittierendem Charakter. Die Schilddrüse ist meist nur wenig vergrößert, es sind aber über ihr deutlich Gefäßgeräusche hörbar, die Augensymptome sind nur angedeutet, Puls und Blut entsprechen den bei der klassischen Basedowschen Krankheit beobachteten Befunden, ebenso findet man oft Diarrhöen, nicht so selten auch Ikterus und Glykosurie. Es ist wichtig, zu wissen, daß die akute Basedowsche Krankheit die Widerstandsfähigkeit der Kranken sehr herabsetzt, so daß chirurgische Eingriffe möglichst vermieden werden müssen. Zu der akuten Basedowschen Krankheit neigen Patienten, bei denen der sog. Status thymicus besteht. Neben Bettruhe und reichlicher Diät kommt die übliche Therapie zur Anwendung.

Hougardy (36) beobachtete einen 14 jährigen Knaben, bei dem zugleich mit dem Eintreten sonstiger Symptome der Basedowschen Krankheit Stauungspapille und starke Abnahme der Sehschärfe eintraten. Unter der Behandlung mit dem Moebiusschen Antithyroidin besserten sich sowohl die Augensymptome wie die übrigen Krankheitserscheinungen. Verf. weist auf das verhältnismäßig seltene Vorkommen der Basedowschen Krankheit im Kindesalter sowie auf die sonstigen Beobachtungen von Stauungspapille bei Basedowscher Krankheit hin.

Verebélyi (80) bespricht die Pathologie der Basedowschen Krankheit, deren Grundlage die bekannte These Möbius' ist, daß die Basedowsche Krankheit eine Erkrankung der Schilddrüse ist; auf dieser basieren sämtliche klinische, experimentelle und die chirurgischen Heilversuche. Die neuerlich aufgetauchten Zweifel bezüglich der Rolle der Schilddrüse machen eine Besprechung der Frage für nötig Der Begriff der Basedowschen Krankheit war anfangs rein klinisch festgestellt, eine präzise Abgrenzung sei nötig. Wo sich vielgestaltete Symptome verweben, dort tauchen neben dem typischen klinischen Bilde vielerlei Nebenformen auf, in welchen einzelne Kardinalsymptome fehlen können, und welche wir als formes frustes bezeichnen. Neben graduellen Unterschieden kommen auch andere Varianten vor: Hinzutreten von B.-Symptomen zu einer bestehenden Struma (Struma basedowificata), und gleichzeitiges Auftreten von Struma und B. (Struma basedowiana). Auch die genaue Untersuchung von unvollständigen Formen ergibt gewisse konstante Varianten, so das sog. Kropfherz, worunter Vortr. bloß jene Fälle verstehen will, in welchen aus der Schilddrüse Herzgifte in den Blutstrom gelangen, also das thyreotoxische Kropfherz, nicht aber jene Fälle, welche als dyspnoisches oder zyanotisches Kropfherz bezeichnet werden können, wo die kardiale Miterkrankung bloß mechanisch bedingt ist. Hierher gehört ferner die Neurosis cardiovascularis (thyreotoxisches Herz und nervöse Erschei-



nungen ohne Struma). Diese Erkrankungen bilden bloß graduelle Unterschiede in der Basedowschen Krankheit.

Eine weitere Gruppe von Erkrankungen wird charakterisiert durch überwiegende nervöse Erscheinungen: Sterns Basedowoid, d. i. Kropfherz bei neuropathischen Personen, ferner Buschans Pseudobasedow, welches eine durch den Druck der Struma hervorgerufene reflektorische vasomotorische Störung bezeichnet werden kann.

Gegenüber dieser klinischen Zersplitterung haben andere Untersuchungen die Grundlage für eine einheitliche Auffassung ergeben. Im Mittelpunkt all dieser Formen steht die Schilddrüse mit ihren komplizierten Funktionen, welche bei allen Formen als Hyperfunktion besteht. Diese Formen bilden in ihrer Gesamtheit den Gegensatz zu den Athyreosen, weshalb ihre Zusammenfassung in einer einheitlichen Benennung angezeigt ist: Thyreotoxikosis, Thyreoidosis oder kurz Thyreosis. Die anatomischen Veränderungen der Thyreosen bestehen in Hyperplasien, Entartungen und Atrophien. Nicht alle Veränderungen der Schilddrüse bilden wesentliche Teile der Thyreosen. Zu den spezifischen Veränderungen gehören: morphologische Veränderungen des Epithels, Epithelwucherungen, welche in Erweiterungen der Follikel, in granulären Wucherungen und Abstoßungen bestehen, ferner Umwandlungen des Kolloids und lymphoide Ansammlungen. Während die ersteren auch experimentell nachweisbar sind, kann das Wesen der lymphoiden Ansammlungen nur schwer gedeutet werden. Zu den nicht spezifischen Veränderungen gehört eine ganze Reihe, weil bisher nicht bloß einfache und maligne Strumen, sondern die verschiedensten Veränderungen der Schilddrüse gerechnet werden können: in allen diesen Fällen geht ein Teil der Schilddrüse zugrunde, und erfolgt eine Reparation, welche eine Hypersekretion verursacht. Von den lymphatischen Wucherungen besitzen geringere Bedeutung die Anschwellungen der Drüsen und der Milz, hingegen erscheint von besonderer Wichtigkeit die Vergrößerung des Thymus, welche in fast 40% der Sektionen gefunden wurde; noch gewinnt dieser Umstand an Bedeutung, wenn man bedenkt, daß in 95% der tödlichen Fälle ein Thymus gefunden wird, daß die Thymektomie die Thyreosen heilt, und daß sich bei Tieren nach Einpflanzung von Basedowthymus Basedowsymptome zeigen. Die Blutveränderungen (Verminderung des Hämoglobins, Leukopenie, Mononukleose und Eosinophilie) zeigen wohl die Schwere der Erkrankung an, bilden auch einen Indikator für die Aussicht der Operation, haben aber für sich keinen absoluten diagnostischen Wert. Die Entartungen des Nervensystems haben besonderes Interesse, nur untergeordnetes die der inneren Organe (toxische Veränderungen). Hypoplasien wurden in den Gedärmen und im chromaffinen System beschrieben.

Auf Grund der beschriebenen Veränderungen läßt sich die Pathologie der Thyreosen folgenderweise bezeichnen: Der Mittelpunkt sämtlicher klinischer Erscheinungen steht die Schilddrüse, welche im Zustande der Hyperfunktion ist. Infolge ihres vielgestaltigen Zusammenhanges mit den inneren sekretorischen Drüsen wird ein Teil der Erscheinungen direkt, ein Teil indirekt ausgelöst. Die Bedeutung der Korrelationsorgane ist aber auch vom Standpunkte der auslösenden Ursache wichtig, weil die Ursachen die Schilddrüse entweder direkt betreffen oder indirekt im Wege eines anderen Organes. Die Schilddrüse bildet jenes Bindeglied, in welchem einerseits die Bedeutung der auslösenden Ursache und der Korrelationsorgane, andererseits die Mannigfaltigkeit der klinischen Symptome zusammentreffen. (*Hudovernig.*)

Bálint (1) bespricht einige Fragen aus der Entstehung, Symptomatologie und internistischen Behandlung der Basedowschen Krankheit und betont, daß trotz evidentem thyreogenen Ursprungs viele die Basedowsche Krankheit



für eine Neurose halten, welche die Veränderungen der Schilddrüsenausscheidung auf sekundärem Wege hervorruft. Statistische Daten ergeben die Häufigkeit der Basedowschen Krankheit in Gegenden mit häufiger parenchymatöser Struma. Zu berücksichtigen wäre ferner die Häufigkeit der Basedowschen Krankheit bei Status lymphatico-thymicus und bei anderen Sekretionsanomalien, sowie bei infektiösen und neoplastischen Veränderungen der Schilddrüse. Diese Momente beweisen, daß die Basedowsche Krankheit keine selbständige Neurose sein kann, deren Resultat die veränderte Schilddrüsensekretion ist, sondern daß die Neurose bloß die Bezeichnung für eine unbekannte Ursache ist, welche das innere Sekretionsgleichgewicht stört.

Die Stoffwechselanomalien der Basedowschen Krankheit sind wahrscheinlich ebenfalls thyreogenen Ursprunges. Ein großer Teil der übrigen Erscheinungen spielt sich ab auf dem Gebiete des sympathischen und autonomen Nervensystems; doch ist die thyreogene Reizung derselben etwas schwer verständlich bei ihrer antagonistischen Wirkung. Wenn die sympathiko- und vagotonischen Formen der Basedowschen Krankheit tatsächlich bestehen, so würde die Erklärung Gottliebs richtig sein, wonach die Thyreoidea beide Systeme gegenüber ihrem Hormon sensibilisieren würde. Vortr. konnte in seinen Untersuchungen solche Formen nicht finden und schließt aus der Gruppierung der Symptome in den untersuchten Fällen, daß der Reizzustand des autonomen Systems als Kompensationswirkung der Sympathikusreizung zu betrachten sei.

Bezüglich der internistischen Therapie betont Vortr. die Unwirksamkeit der sog. spezifischen Therapie (Antithyreoidin Serum, Rhodagen) und die Gefährlichkeit der Röntgenbestrahlung. Von Bedeutung sind absolute körperliche und psychische Ruhe, Höhenklima in Verbindung mit Hydro- und Elektrotherapie. Von besonderer Wichtigkeit ist die Diät. In der Ernährung muß das in erhöhtem Maße konsumierte Eiweiß, Fett und Phosphor ersetzt werden, ferner muß berücksichtigt werden die Kohlenhydrattoleranz, und das Kochsalz möglichst entzogen werden; diese letztere vermindert die Adrenalinempfindlichkeit. Bei Diarrhöen ist von guter Wirkung das Pankreon, dessen Wirkung kaum fermentersetzend, sondern antagonistisch sein dürfte.

Seinen Standpunkt gegenüber der chirurgischen Behandlung präzisiert Vortr. folgend: 1. Die Indikation einer chirurgischen Behandlung besteht, wenn sich der Zustand trotz internistischer Behandlung rapid verschlimmert, oder aber nach $^1/_2$—1 Jahr keine Besserung ergibt. 2. Unbedingt zu empfehlen ist die chirurgische Behandlung bei denjenigen, welche infolge ihrer sozialen Stellung sich die Möglichkeit einer längeren internistischen Behandlung nicht leisten können. (*Hudovernig.*)

Krecke (46) schildert eine Anzahl von Fällen mit Symptomen, die auf Erkrankung der Schilddrüse bezogen werden müssen, bei denen aber die Erscheinungen der klassischen Basedowschen Krankheit vermißt wurden. Verf. hält es für zweckmäßig, an Stelle von Basedowscher Krankheit von Thyreosen zu sprechen, und zwar als Thyreosen ersten Grades Fälle anzusehen, bei denen eine Struma neben Störungen des Stoffwechsels und des Nervensystems sowie Herzklopfen besteht, als Thyreosen zweiten Grades bezeichnet er Fälle, bei denen stärkere Zirkulationsstörungen, vor allem Tachykardie bis zu 120 Schlägen nachweisbar ist, als Thyreosen dritten Grades bezeichnet er die sonst als Basedowsche Krankheit bezeichneten Fälle sowie die Fälle, bei denen schwere Störung des Nervensystems sowie der Zirkulation im Vordergrund stehen.

Voß (133) bespricht einige Fragen aus dem Gebiet der Pathologie und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen.

Schulze (76) bespricht kurz Symptomatologie und Behandlung der Basedowschen Krankheit; er empfiehlt chirurgische Therapie.

Eshner (20) bespricht kurz einige bekannte Symptome und Behandlungsmethoden der Basedowschen Krankheit.

Gordon (26) bespricht an der Hand eines von ihm beobachteten Falles Pathologie und Therapie der Basedowschen Krankheit.

Davis (15) beschreibt 9 Fälle von Erkrankung der Thyreoidea während oder kurz nach einer Gravidität, die teilweise mit nervösen Begleitsymptomen verliefen und im Interesse des mütterlichen und kindlichen Lebens eine medikamentöse oder chirurgische Behandlung erforderlich machen. (*Loewy.*)

Myxödem.

Hertoghe (100) gibt eine zusammenfassende Schilderung der Symptome des Myxödems und bespricht namentlich die formes fruste in eingehender Weise. Verf. verwertet eine Reihe eigener Beobachtungen, die zeigen, wie verschiedenartige Symptome im Vordergrund stehen können, und wie schwer somit gelegentlich die richtige Diagnose sein kann.

Novis (112) berichtet über einen Fall von Myxödem, der durch Schilddrüsentabletten geheilt wurde; wie das öfter vorkommt, war anfänglich wegen des Ödems, der Eiweißausscheidung, des niedrigen spezifischen Gewichts des Urins und der Kopfschmerzen die Diagnose auf Nierenleiden gestellt worden.

Sheffield (120) beschreibt einen Fall von kongenitalem Myxödem und einen Fall von zystischem Kropf mit Imbezillität.

Allen Starr (124) beschreibt die nervösen Störungen, die bei Basedowscher Krankheit und Myxödem, bei Dyspituitarismus und Atrophie der Ovarien auftreten.

Loewy und **Sommerfeld** (107) stellten bei einem an schwerem Myxödem leidenden Kinde Stoffwechseluntersuchungen an; sie fanden im Gegensatz zu den bei Myxödem der Erwachsenen von anderen Autoren erhobenen Befunden normalen Sauerstoffverbrauch. Nachdem das Kind fünf Wochen Schilddrüsentabletten erhalten hatte, war der Sauerstoffverbrauch um 30% gestiegen. Weitere Untersuchungen betrafen den Stickstoffumsatz. Die Verf. fanden das Vermögen, Eiweiß zurückzuhalten, abnorm groß.

Thomas (129) unterscheidet zwischen angeborenem völligem Fehlen der Schilddrüse und angeborener Hypoplasie derselben; im letzteren Fall findet sich das vorhandene Schilddrüsengewebe meist eingeschlossen in Tumoren des Zungengrundes. Kinder, bei denen totale Aplasie der Schilddrüse besteht, überschreiten nie das Pubertätsalter.

Söderbergh (121) beobachtete in Heilung ausgehenden Pseudotetanus bei einem Kinde, bei dem auch Myxödem bestand, das unter Schilddrüsenmedikation zur Heilung kam. Verf. nimmt an, daß auch der Pseudotetanus auf Störung der inneren Sekretion beruhe. Der Fall hatte dadurch diagnostische Schwierigkeiten geboten, daß etwas mehr als ein Jahr vor Beginn der tetanischen Symptome dem Kinde ein Holzsplitter in den Arm gedrungen war, so daß anfänglich auch an die Möglichkeit von echtem Tetanus zu denken gewesen war.

Söderbergh (122), der schon darauf hingewiesen hatte, daß bei Myxödemkranken auch Symptome verkommen, die bei Kleinhirnerkrankungen beobachtet werden, berichtet über zwei weitere derartige Fälle; er nimmt an, daß in manchen Fällen die Störung der inneren Sekretion hauptsächlich das Kleinhirn schädige, in anderen, in denen die psychischen Symptome im Vordergrund stehen, hauptsächlich das Großhirn.

Köhler (104) hat bei einem Fall von infantilem Myxödem vollzählige proximale Metacarpalepiphysen beobachtet, die zuvor nur in einem Fall von



Siegert gesehen worden sind. Der Befund erinnert an die bei Wassersäugern bestehenden Verhältnisse.

Léopold-Lévi (106) nimmt an, daß zwischen Schilddrüse und Ovarium Wechselwirkungen bestehen, und daß pathologische Zustände des einen Organs ganz verschiedenartige pathologische Zustände des anderen hervorrufen können.

Münzer (66) weist darauf hin, daß zuweilen Krankheiten, die wir auf Störung der inneren Sekretion zu beziehen gewohnt sind, durch psychische Traumen entstehen, d. h. also zerebral bedingt sind, und daß die Läsion der betreffenden Blutdrüse eine sekundäre ist. Verf. nimmt für die Blut- oder Stoffwechseldrüsen ein besonderes Projektionsfeld im Gehirn an.

Macfarlane (109) beschreibt einen Fall von Amenorrhoe, die auf Thyreoidintabletten schwand, trockene Haut usw. führten den Verf. zur Annahme eines myxödematösen Zustandes. (*Loewy.*)

Kehrer (102) meint, da im Fruchtleben bereits 2 Typen, ein embryonaler der ersten Periode und ein fötaler der Spätperiode, existieren, so solle ein embryonales Organ ein solches genannt werden, dessen Form zuerst in der Embryonalzeit auftritt, ein fötales dasjenige, welches die Form wie im späteren Fötalleben hat, und ein infantiles das, welches sich in der eigentlichen Kindheit entwickelt. (*Loewy.*)

Williams und **Dunlap** (167) sahen einen Fall von Hypophysistumor mit starker Adipositas, Kopfschmerz, Gesichtsfeldveränderungen und Anfällen von Erbrechen und Schlafsucht. Auf Röntgenbestrahlung der Temporalgegend trat Besserung auf. (*Loewy.*)

Akromegalie. Gigantismus.

Fischer (146) tritt von neuem für die Theorie ein, daß Akromegalie auf Steigerung der normalen Funktion der spezifischen Hypophysiszellen zurückzuführen ist. Er zitiert einige experimentelle Untersuchungen, die seines Erachtens für diese Theorie sprechen, und bespricht eingehend eine Beobachtung von Petrén, die dieser Autor als Akromegalie ohne Hypophysisveränderung gedeutet hatte. Fischer meint, daß der Fall nicht vollständig untersucht sei, und widerspricht der Auffassung Petréns.

Salle (161) fand eine geringe Vergrößerung der Extremitäten, unproportionierte lange Finger und Zehen, große Nase, prominentes Kinn, große Zunge, Andeutung von Splanchnomegalie bei einer Erweiterung der Sella turina und einer die Hypophyse verdrängenden Hervorwölbung des Knochens. Reine Akromegalie mußte er wegen der unproportionierten Größe der Hände und Füße ausschließen. (*Loewy.*)

Wolfsohn und **Marcuse** (169) beschreiben einen Fall, wo ein der Neurofibromatose zugehöriger Tumor in der Hypophysengegend die ausgesprochensten Symptome einer Akromegalie machte. (*Loewy.*)

In seiner anderen Arbeit bespricht **Fischer** (147) die Beziehungen zwischen Hypophysis und Dystrophia adiposo-genitalis. Er nimmt an, daß das Krankheitsbild der Dystrophia adiposo-genitalis beim Menschen durch Schädigung des nervösen Teils der Hypophyse entstehe, daß sich aber bisher nicht entscheiden lasse, ob diese Schädigung durch Behinderung des Sekretstroms vom Hypophysenvorderlappen zum Gehirn hervorgerufen werde; experimentell könne das genannte Krankheitsbild sowohl durch Entfernung des Hypophysenvorderlappens wie durch Schädigung des Hinterlappens hervorgerufen werden.

Petrén (159) wendet sich gegen einige Ausführungen Fischers betreffs des früher von Petrén beschriebenen Falls von Akromegalie.



Thomas (179) schließt aus mehreren von ihm beobachteten Fällen sowie aus dem Studium der Literatur, daß zwischen Riesenwuchs und Akromegalie scharf unterschieden werden müsse, und daß sichere Fälle von Akromegalie im Kindesalter überhaupt nicht beobachtet seien. — Den Befund eosinophiler Zellen in der Hypophyse des Säuglings sieht er nicht als etwas Außergewöhnliches an.

Schultze und **Fischer** (163) berichten über mehrere klinisch, zum Teil auch anatomisch untersuchte Fälle von Akromegalie und Osteoarthropathie hypertrophiante.

Hoppe (151) berichtet über einige von ihm beobachtete Fälle von Akromegalie und bespricht auf Grund einiger neuerer Arbeiten die Beziehungen zwischen Akromegalie und Hypophyse.

Briquet (138) bespricht einen Fall von Akromegalie, bei dem im Anschluß an die Behandlung mit Hypophysistabletten der Tod eintrat.

Pellacani (158): Ein Fall von Dementia praecox mit Akromegalie, Dysthyroidismus und Läsionen der Geschlechtsorgane. Der Fall bestätigt die Kraepelinsche Annahme, daß die Dementia praecox in Beziehung zu Drüsenveränderungen steht. (*Audenino.*)

Winkler (168) beschreibt einen Fall von Dystrophia genito-adiposa; es wurde von Lary später der angenommene Tumor der Hypophyse (Peritheliom) operativ entfernt; nach der Operation rasche Besserung der Augenerscheinungen und vorübergehend auch der Adipositas. (*Stärcke.*)

Mark (154), der selbst an Akromegalie leidet, gibt eine sehr detaillierte Schilderung seiner Beschwerden und aller bei ihm beobachteten Symptome.

Gallais (148) berichtet über einen Fall von Riesenwuchs, der einzelne Symptome von Akromegalie, jedoch weder Vergrößerung des Türkensattels noch Augensymptome bot. Eingehend bespricht Verf. die psychischen Abnormitäten des Patienten, der bei normalen männlichen Geschlechtsorganen sexuell wie ein weibliches Wesen empfand, zeitweilig manisch erregt, zeitweilig deprimiert war und Zeichen von psychischem Infantilismus erkennen ließ.

Hahn (174) spricht sich gegen Stiers Ansicht aus, daß Hemihypertrophien bei Rechtshändern rechts liegen müssen, und beschreibt einen Fall von linksseitiger Hypertrophie bei einem rechtshändigen Mädchen. (*Loewy.*)

Bittorf (89) veröffentlicht einige Fälle aus dem Gebiet der Störungen der inneren Sekretion, und zwar einen Fall von Akromegalie, einen Fall von Dystrophia adiposo-genitalis, sowie einen nicht ganz sicher zu beurteilenden Fall von starker Fettsucht mit Schmerzhaftigkeit der Schilddrüse und Veränderung des Blutbildes, wie das bei Hypothyreoidismus beobachtet wird. Thyreoidintabletten führten in diesem Fall zu weitgehender Besserung; Verf. nimmt hier Hypofunktion der Schilddrüse an.

Ballet und **Laignel-Lavastine** (136) berichten über das Resultat der mikroskopischen Untersuchung der Hypophyse, der Schilddrüse, Ovarien und Glandula pinealis bei einem Akromegaliefall.

Castro (139) beschreibt einen Fall von Akromegalie, bei dem zugleich Recklinghausensche Krankheit bestand, und zitiert einige ähnliche Fälle aus der Literatur.

Amsler (135) gibt die ausführliche Beschreibung eines Falles von Akromegalie mit Splanchnomegalie, der anatomisch genau untersucht wurde. Verf. bringt auch die Splanchnomegalie mit der Hypophyse in Beziehung; er nimmt an, daß Hypersekretion des drüsigen Teils der Hypophyse den Hinterlappen derselben zu verstärkter Tätigkeit bringe, und daß dadurch zunächst Zirkulation und Herztätigkeit zu vermehrter Tätigkeit und dadurch wiederum die



inneren Organe zu Vergrößerung gebracht wurden; in den Fällen aber, in denen das Herz zu vermehrter Tätigkeit nicht imstande sei, käme es zu Stauung in den verschiedenen Organen und dadurch zu Stauungsinduration derselben. — Auch in bezug auf die Akromegalie vermutet Verf. eine ähnliche Art der Entwicklung.

Ascenzi (135a): Klinische Beschreibung eines Riesenkindes mit starker sexueller Entwicklungshemmung, bei Fehlen von Akromegalie und mit leichtem psychischem Infantilismus. (*Audenino.*)

Castro (93) beschreibt einen Fall von Akromegalie, bei dem auch Symptome der Basedowschen Krankheit sowie mangelhaft entwickelte Geschlechtsorgane gefunden wurden. Verf. nimmt an, daß hier sog. Insuffisance pluriglandulaire besteht.

Antoni (170) hat zum Gegenstand seiner Dissertation einen Fall von Elephantiasis congenita gemacht. Es handelte sich um einen 19jährigen Landwirt, dessen rechtes Bein seit dem 4. Lebensjahre allmählich an Umfang zunahm auf lymphangiektasischer Basis. Auffallend war die wesentlich stärkere Behaarung des erkrankten Beines, die am Oberschenkel am deutlichsten war. (*Bendix.*)

Hemiatrophia faciei et corporis.

Ref.: Dr. Kurt Mendel-Berlin.

1. Abrahamson, J., A Case of Hemi-Hypertrophy of the Face. The Journal of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 563. **(Sitzungsbericht.)**
2. Afzelius, Arvid, Sklerodermie mit Hemiatrophia facialis. Archiv f. Dermatol.
3. Bassoe, P., Unilateral Hypertrophy Involving Entire Left Side of Body. Amer. Journal of Insanity. July.
4. Huismans, Ein Fall von Hemiatrophia facialis. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2202. **(Sitzungsbericht.)**
5. Marburg, O., Die Hemiatrophia facialis progressiva (Der umschriebene Gesichtsschwund). Spez. Pathol. u. Therapie von H. Nothnagel und L. von Frankl-Hochwart. Wien-Leipzig. Alfred Hölder.
6. Saenger, Fall von Hemiatrophia faciei. Neurol. Centralbl. p. 608. **(Sitzungsbericht.)**
7. Stier, Ewald, Über Hemiatrophie und Hemihypertrophie nebst einigen Bemerkungen über ihre laterale Lokalisation. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 44. H. 1—2. p. 21.
8. Tetens Hald, P., Fall von zirkumskripter Gesichtsatrophie (Hemiatrophia facialis progressiva). Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 88. p. 70. **(Sitzungsbericht.)**
9. Variot, M. G., Hémiatrophie congénitale de la face et de la langue à gauche. Absence du muscle sternocleidomastoidien et hernie cervicale du poumon du même côté. Bull. Soc. de péd. de Paris. p. 114.
10. Zigler, M., A Marked Case of Facial Asymmetry Occurring in a Case of Scrofuloderma. Medical Record. Vol. 82. No. 7. p. 291.

Marburg (5) behandelt in eingehender, monographischer Form die Hemiatrophia faciei. Er faßt den Begriff des umschriebenen Gesichtsschwundes enger und rechnet nur jene Fälle hinzu, wo es sich tatsächlich um eine chronisch progressive Atrophie der Haut und des Unterhautzellgewebes im Gesichte und am Halse handelt. Marburg erörtert die Geschichte, Ätiologie und Vorkommen, Symptomatologie, Verlauf, Prognose, Diagnose, Pathogenese und Therapie des Leidens. Neben der idiopathischen gibt es auch eine symptomatische Form (bei Syringomyelie, multipler Sklerose, Paralyse u. a.). Über die Natur der Hemiatrophia faciei gehen die Ansichten auseinander. Angesichts der divergierenden Befunde glaubt Verf.



nicht, daß das Leiden pathogenetisch eine Einheit darstelle. Zum Teil sei sie Folge verschiedenartiger nervöser Affektionen, die eine einheitliche Wurzel bisher vermissen lassen (symptomatische Formen), zum Teil wohl Folge einer Schädigung einer Blutdrüse (Hypophyse). Es existiert die Trigeminus-, Sympathikus-, Hirnstamm- und die embryologische Theorie und schließlich die Anschauung derer, die an eine reine, nicht nervöse Hautveränderung denken. Ätiologisch scheinen von besonderer Bedeutung Infektion, zumal in der Nachbarschaft, und Trauma. Frauen sind mehr betroffen als Männer. Die rechte Seite ist bevorzugt.

Bisher existieren nur zwei obduzierte und anatomisch genau untersuchte idiopathische Fälle: der Fall Virchow-Mendel und Löbl-Wiesel, von denen der erste auch Veränderungen im Bereich der spinalen Quintuswurzel zeigte; beide boten eine Neuritis im Gebiete des Trigeminus.

Die Therapie ist eine symptomatische, vor allem kommen Paraffinprothesen in Betracht.

Ein fleißiges Literaturverzeichnis beschließt die klar geschriebene Arbeit.

Stier (7) berichtet über folgende Fälle:

Fall 1: Es handelt sich um ein wahrscheinlich nicht hereditär luetisches, aber in nervöser Beziehung erblich belastetes 11 jähriges Mädchen, das sich spät entwickelt hat, viel körperlich krank gewesen ist und bei dem sich seit 1½ Jahren, gleichzeitig mit nervösen allgemeinen Störungen und einer Charakterveränderung eine typische Hemiatrophia faciei entwickelt hat. Irgendeine Krankheit oder eine Läsion, die ursächlich in Betracht käme, ist dem Beginn der Atrophie nicht vorhergegangen. Schmerzen haben nie bestanden. Das erkrankte Gebiet überschreitet höchstens um Millimeter nach der Mitte zu das Innervationsgebiet des rechten Trigeminus. Die Erkrankung hat an scharf umschriebener Stelle an der Haargrenze begonnen und sich von dort allmählich, vor allem in der Richtung nach dem Gesicht zu, ausgebreitet. Atrophisch sind die Haut und noch mehr der darunter liegende Knochen; Zunge und Gaumen sind völlig frei. Die sensiblen oder sekretorischen Funktionen sind nicht beteiligt. Das Leiden ist bis jetzt dauernd progredient. Verf. erörtert die bezüglich der Affektion bestehenden Theorien. Die Trigeminustheorie wird durch zwei positive Sektionsbefunde gestützt, doch ist die Krankheit nicht immer auf sein Gebiet beschränkt und tritt nach Exstirpation des Ganglion Gasseri nicht auf. Die Sympathikustheorie ist völlig unsicher begründet. Brissaud vergleicht die Erkrankung mit den trophischen Störungen bei Syringomyelie; es fehlt hierfür jedoch ein anatomischer Befund. Möbius glaubt wegen des zirkumskripten Beginns an ein infektiöses Agens, worin man eine Analogie zur Chorea finden könnte. Verf. rechnet die Krankheit zu den hypoplastischen Bildungen im Gegensatz zu den hyperplastischen. Letztere, wie z. B. mehrfache Mammillen, fand er in 39 von 43 Fällen auf der rechten Seite, die also der „superioren" Hirnhälfte entspricht. In zwei Fällen mit linksseitigem Sitz handelt es sich um Linkshänder. Umgekehrt fand er in 16 Fällen mit Syndaktylie, einer hypoplastischen Bildung, diese zehnmal stärker ausgebildet auf der „inferioren" Seite. Die Hemiatrophie zeigt ein entsprechendes Verhalten, da sie nach einer Statistik von Eulenburg neunmal so häufig links als rechts auftritt, nach der Literatur doppelt so häufig. Die Hemihypertrophie wiederum ist meist rechtsseitig. Man kann also wohl diese Erkrankungen in Parallele setzen zu anderen nutritiven Störungen. Der vorgestellte Fall bestätigt diese Auffassung, da die Patientin linkshändig ist; die Hemiatrophie befindet sich aber rechts, entspricht also der „inferioren" Hirnhälfte der Patientin.



Fall 2: Es handelt sich um einen Knaben, bei dem außer der Tuberkulose der Mutter schädigende erbliche Einflüsse nicht eingewirkt haben, und dessen Geburt normal verlaufen sein soll. Schon gleich bei der Geburt bestand eine Vergrößerung des linken Auges, die bald zunahm und zur Entfernung des Auges führte. In den weiteren Jahren trat dann ohne weitere äußere Ursachen ein vermehrtes Wachstum der ganzen Knochen- und Weichteile der linken Gesichtshälfte ein, die zu völliger Verunstaltung des Gesichtes führte. Am meisten beteiligt sind von Knochen die Kiefer, der Jochbogen, etwas weniger das Stirn- und Schläfenbein. Der Zahnwuchs ist an der kranken Seite trotz erheblicher Hypertrophie der Alveolarfortsätze verringert. Die Weichteile sind teigig geschwollen, derber und fester als bei Ödem, aber doch weniger hart als bei dem Trophödem im Sinne von Meige. Die Sekretion der Speichel- und Schweißdrüsen ist verringert, die Schmerzhaftigkeit ist in den hypertrophischen Gebieten bestimmt, in den übrigen Teilen der linken Körperhälfte vielleicht herabgesetzt, die elektrische Erregbarkeit für den galvanischen Strom ist in den Muskeln der linken Gesichtshälfte quantitativ etwas geschädigt. An der linken Wange und Oberlippe findet sich im Gegensatz zu der rechten Seite und zu dem Alter des Knaben schon deutlicher Bartwuchs, die Dicke der einzelnen Haare ist dabei links nicht größer als rechts.

In psychischer Beziehung hat sich Patient spät und langsam entwickelt und ist noch jetzt nicht auf der Höhe der Altersgenossen.

Fall 3: Es handelt sich um einen 5jährigen Knaben, der, soweit festzustellen war, nicht erblich belastet ist, und der weder bei der Geburt noch nach der Geburt nennenswerte Schädigungen erfahren hat. Schon gleich nach der Geburt wurde eine Vergrößerung des rechten Auges bemerkt, die dauernd zunahm und im Alter von 1¼ Jahren die Entfernung des Auges nötig machte. Schon vorher und seitdem fortschreitend, zeigte sich eine Vergrößerung der rechten Kopf- und Gesichtshälfte, die am stärksten die Knochen des Jochbogens und der benachbarten Teile betraf und dort zu erheblichen Knochenauswüchsen führte, aber auch auf den Oberkiefer, den Unterkiefer und die Stirn- und Schläfengegend sich erstreckte, wenn auch in geringerem Maße. Die Weichteile zeigen in gleicher Weise eine erhebliche Vergrößerung in den genannten Gegenden, doch liegt die Gegend der stärksten Vergrößerung hier etwas tiefer, in der unteren Wangen- und Oberlippengegend. Die Haut hat dabei ihre normale Farbe und Spannung behalten. Störungen in der Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit, in der Speichel- und Schweißabsonderung wurden nicht beobachtet. Die Zähne sind in der betroffenen rechten Kieferhälfte kleiner als links.

Die Sprache und die Intelligenz sind in ihrer Entwicklung zurückgeblieben. Betroffen ist ausschließlich die rechte Gesichtshälfte bei dem rechtshändigen Kinde.

Fall 4: Es handelt sich um ein rechtzeitig und ohne Hindernisse geborenes, jetzt 4½ Monat altes Kind aus gesunder Familie, das gleich nach der Geburt eine Vergrößerung der rechten Zungenhälfte, im 3. Monat auch des Beines, im 4. Monat auch des Armes aufwies, und das jetzt eine erhebliche Vergrößerung der ganzen rechten Körperhälfte zeigt. Die Extremitäten sind dicker und länger, der Rumpf ist deutlich asymmetrisch zugunsten der rechten Seite, Knochen und Weichteile auch der Wangengegend sind etwas mit betroffen.

Die Haut ist dabei überall unverändert, die Intelligenz erscheint intakt. Die Differenz der Körperhälften hat unter den Augen der



beobachtenden Mutter bis jetzt noch zugenommen. Sichtbare Pigmentverschiebungen, Gefäßerweiterungen, Schweißstörungen sind nicht nachweisbar.

Das Kind selbst bevorzugt noch keine Hand vor der anderen, die Eltern und alle Verwandten der Mutter sind jedoch ausgesprochen rechtshändig.

Verf. gelangt zu dem Schlusse: Die Luxusbildungen und partiellen Hypertrophien haben ihren Sitz in der von der superioren Hemisphäre, die Hemmungsmißbildungen und Hemiatrophien in der von der inferioren Hirnhälfte innervierten Körperhälfte.

Astria R., Patientin von **Afzelius** (2), 20 Jahre alt. Patientin gesund bis zum Alter von 5 Jahren, wo sie eine schwere Influenza mit langwierigem Fieber und Lungenkatarrh bekam. Einige Zeit nach der Konvaleszenz stellten sich Abmagerung und hochgradige nervöse Störungen ein und im Zusammenhang hiermit die ersten Zeichen der Hautkrankheit. Während der nächsten Monate hatte diese bereits die seitdem bestehengebliebene Ausbreitung angenommen. Die Sklerodermie war eine sog. hemiplegische, indem sie nur die linke Seite des Körpers einnahm, von dem Fuß aus sich bandförmig hinauf längs der Innenseite des Unterschenkels, etwas mehr diffus auf der Innenseite des Oberschenkels, dem lateralen Teil des Bauchs und der linken Seite des oberen Teils des Rückens erstreckend. Im Gesicht nur ein unbedeutender, atrophischer Fleck auf der linken Seite der Stirn. Im Alter von 6 Jahren hatte die Sklerodermie ihre endgültige Ausbreitung angenommen, um dann teilweise regressive Veränderungen zu erfahren. Vier Jahre später — im Alter von ungefähr 10 Jahren — begann eine halbseitige Gesichtsatrophie (auf der linken Seite) aufzutreten, die innerhalb einiger Jahre, im 12. Jahr der Patientin, ihr noch im Alter von 20 Jahren bestehendes Aussehen angenommen hatte. Das Gesicht sieht schief und unsymmetrisch aus, die ganze Gesichtshälfte atrophisch, die Haut dünn mit durchschimmerndem Adernetz. Der linke Nasenflügel dünn, der untere Rand desselben stark konkav und höherstehend als auf der rechten Seite. Die linke Hälfte der Oberlippe dünn, der linke Mundwinkel aufwärts und nach links gezogen. Die Atrophie setzt sich bis zum Kieferrande fort. Die Haut läßt sich (und ließ sich stets) in Falten von den unterliegenden Teilen aufheben.

Ungefähr gleichzeitig mit der Gesichtsatrophie traten des öfteren während der nächsten drei Jahre auf dem linken Unterschenkel Bulla pemphigoides mit sekundären, sehr schwer heilbaren Ulzerationen auf, die tiefe Narben hinterließen.

Gegenwärtig (Patientin ist nun 20 Jahre alt) besteht die Gesichtsatrophie unverändert fort, von den sklerodermitischen Veränderungen auf dem Körper sind nur noch sklerotische Partien auf dem Unterschenkel und über dem linken Schulterblatt verhanden, sonst nur hier und da auf den ursprünglich angegriffenen Partien etwas Pigmentierung und Atrophie. Das linke Bein ist zirka 3 cm dünner als das rechte. Patientin im übrigen nunmehr gesund; innere Organe ohne Veränderungen.

Verf. meint, daß es sich wahrscheinlich um eine wirkliche Hemiatrophia facialis (und nicht um rein sklerodermatische Veränderungen) handle, da die Gesichtsatrophie erst 4—5 Jahre nach dem Beginn der Sklerodermie auftrat, nachdem die krankhaften Veränderungen auf dem Körper bereits teilweise oder vollständig zurückgegangen waren, die Atrophie nicht herdweise, sondern gleichmäßig über die ganze Gesichtshälfte hin auftrat, so daß die Haut der ganzen Gesichtshälfte ein gleichförmiges Aussehen zeigte,

und schließlich, da primär indurierte Hautveränderungen der Atrophie nicht vorhergingen.

Verf. ist der Ansicht, daß diese Kombination von Sklerodermie mit Hemiatrophia facialis, die von den Neurologen als eine trophoneurotische (Sympathikus-)Störung aufgefaßt wird, wie auch die Kombination mit den trophischen Störungen auf dem Unterschenkel, die bei dem fraglichen Falle vorkamen, dafür sprechen, daß die Sklerodermie zentralen (trophoneurotischen) Ursprungs sei. Möglicherweise sei in diesem Falle, wie bei manchen anderen Sklerodermiefällen, das eigentliche auslösende Agens der Krankheit infektiöser Natur, da die Krankheit im Anschluß an eine schwere Influenza aufgetreten sei. *(Autoreferat.)*

Zigler (10) berichtet über einen Fall von Hemiatrophia faciei bei einem 12jährigen skrofulösen Mädchen mit positivem Pirquet und negativem Wassermann.

Bassoe (3) beobachtete bei einem 16jährigen Knaben einen deutlichen Größenunterschied der beiden Körperhälften, und zwar betrug der Brustumfang der linken Seite 37,5 cm, im Gegensatz zur rechten, der nur 34,5 cm betrug. Auch die Armlängen differierten, und zwar war rechts die Unterarmlänge 45,0 cm, links 45,8 cm. Auch die Hand- und Fußlängen, sowie der Armumfang boten ein Überwiegen des linken zu ungunsten des rechten. Ebenso boten das linke Ohr, die linke Zungenhälfte usw. solche Abweichungen. Sonst boten außer einer sehr kleinen Schilddrüse äußere und innere Organe keinen abnormen Befund. Auch bot die Knochenstruktur, speziell der Ossifikationsprozeß, wie durch Röntgenaufnahmen konstatiert wurde, nichts Absonderliches.

Die Haut zeigte schwache Naevi, hyperämische Stellen, Seborrhoe des Gesichts und der behaarten Kopfhaut; überall ist die Haut mit erythematösen Flecken bedeckt, besonders ausgeprägt an den unteren Extremitäten.

Verf. spricht das Ganze als kongenitale Mißbildung an und belegt seine Ausführungen mit 3 Photographien und kurzer Literaturangabe. *(Cordes.)*

Cephalea, Migräne, Neuralgien usw.

Ref.: Dr. Arthur Pelz-Königsberg.

1. Alexander, W., Fehldiagnosen bei Ischias. Berl. klin. Wochenschr. No. 18. p. 830.
2. Allen, C. W., Nerves and their Sensations, Especially Pain. New Orleans Med. and Surg. Journ.
3. Auerbach, Siegmund, Der Kopfschmerz, seine verschiedenen Formen, ihr Wesen, ihre Erkennung und Behandlung. Berlin. J. Springer.
4. Banister, J. M., Migraine: its Etiology, Symptomatology and Treatment. Western Med. Review.
5. Barbellion, G., Sciatique et retrécissements blenorrhagiques. Journal de Méd. de Paris. No. 18. p. 356.
6. Beling, Christopher C., Indurative Headache. Medical Record. Vol. 82. p. 364. **(Sitzungsbericht.)**
7. Bériel, L., La névralgie radiale. Lyon médical. T. CXVIII. p. 438. **(Sitzungsbericht.)**
8. Bonnier, Pierre, Recherches sur la névralgie. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 26. p. 80.
9. Bonola, Les réflexes du tendon d'achille et du tenseur du fascia lata dans la sciatique radiculaire et dans la sciatique tronculaire. Revue neurol. 2. Sém. p. 324.
10. Bourlon, Rheumatisme cérébral chez l'enfant. Thèse de Paris.
11. Brose, L. D., Supraorbital Pain in its Significance. Lancet Clinic. April.



12. Bruni, Felice, Sopra un caso di „tic“ doloroso chronico del trigemino guarito col riposo assoluto e colla corente galvanica. Boll. delle cliniche. No. 5. p. 219.
13. Byloff, K., Adiposis dolorosa. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1253. **(Sitzungsbericht.)**
14. Cecikas, J., Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les algies abdominales. Revue de Médecine. No. 1. p. 40.
15. Cone, An Unusual Pathological Condition of the Sacroiliac Joint Causing Sciatica. The Amer. Journ. of Orthopedic Surgery. **9.** 3. 450.
16. Croftan, Alfred C., A Note on the Uric Acid Excretion in Migraine. Interstate Med. Journ. **19.** 1.
17. Cumston, Charles Greene, A Contribution to the Study of Coccygodynia. The Boston Med. and Surg. Journ. Vol. CLXVII. No. 14. p. 461.
18. Dalin, W. B., Migraine or Hemicrania. Kentucky Med. Journ. June 1.
19. Debertrand, J., Rheumatisme cérébral. Gaz. des hôpitaux. No. 5. p 55.
20. Dritzaki, J., Fall von primärer Neuralgie des Mastdarms. Russ. Arzt. **11.** 1359.
21. Elkès-Birguère, Mme, Névralgie cervico-faciale chez un diabétique. Thèse de Montpellier.
22. Ely, L. W., Sciatica. Colorado Medicine. March.
23. Erben, Siegmund, Differentialdiagnose der Schmerzen im Bein. Wiener klin. Wochenschr. No. 17. p. 627.
24. Flatau, Eduard, Die Migräne. Berlin. J. Springer.
25. Geddes, A. C., Intense Neuralgic Pain in the Arms after Childbirth. The Lancet. I. p. 1335.
26. Glorieux, Clonus du pied droit chez une femme atteinte de migraine. Journal de Neurologie. No. 4. p. 71. **(Sitzungsbericht.)**
27. Groesbeck, H. P., Pelvic Surgery in Relation to Periodic Headaches and Neuralgia. New York State Journal of Medicine. Febr.
28. Halle, Schwere, einseitige Myalgien. Berl. klin. Wochenschr. 1913. p. 85. **(Sitzungsbericht.)**
29. Hartenberg, P., Les céphalées musculaires. La Presse médicale. No. 13. p. 134.
30. Hecht und Holzknecht, Über Gesichtsneuralgien. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 880.
31. Jackson, E., Headache as a Symptom: its Mechanism and Significance. Colorado Medicine. Aug.
32. Jarecki, L., Ein Fall von Migraine ophthalmoplégique. Neurologja Polska. Bd. III. H. 2.
33. Juarros, César, Dos casos de cefalalgia muscular. El Siglo Medico. p. 532.
34. Jung, Nervöse Zahnschmerzen. Corresp.-Blatt f. Zahnärzte. No. 1. p. 45.
35. Kemen, Ueber chronischen Gelenkrheumatismus, Gicht und Ischias. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 4. p. 50.
36. Klinner, Mehrere gleichzeitig aufgetretene Fälle von Lumbago. Zeitschr. f. Veterinärkunde. No. 11. p. 513.
37. Lapinsky, M., Die Bedeutung der hyperästhetischen Zonen, als Kennzeichen der symptomatischen Gesichtsneuralgie, für die Behandlung der letzteren bei gynaekologischen Erkrankungen. Russ. Arzt. **11.** 1851.
38. Léopold-Lévi, Migraine ovarienne. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 6. p. 233.
39. Lévy, Fernand, Considérations sur les rapports des états névralgiques, en particulier des migraines et des névralgies facialis. La Presse médicale. No. 100. p. 1014.
40. Derselbe, Le syndrome gassérien. ibidem. No. 4. p. 38.
41. Lomnitz, H., Über Migräne. Fortschritte der Medizin. No. 39. p. 1217.
42. Marro, Essai sur la coccygodynie. Thèse de Paris.
43. Mattirolo, G., Contributo alla conoscenza dei dolori di origine centrale. La Riforma medica. 1911. **27.** XXX. 846.
44. Mordkwitsch, Crises intestinales des aortiques. Thèse de Paris.
45. Müller, A., Nochmals der muskuläre Kopfschmerz. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 44. H. 4. p. 300.
46. Oppenheim, R., Tic douloureux de la face. Le Progrès médical. p. 12.
47. Paige, S. W., Neuralgia. Vermont Med. Monthly. Aug. 15.
48. Périer, E., Séméiologie de la céphalalgie chez les enfants. La Pathol. infantile. **9.** 45.
49. Prendergast, D. A., Nasal Headaches. The Cleveland Med. Journ. Vol. XI. No. 6. p. 415.
50. Reed, Charles A. L., Constipation and Headache in Women. A Study in Etiology and Diagnosis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 5. p. 354.
51. Riedel, Ueber Spätneuralgien nach Amputatio femoris. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 27. p. 1270.
52. Robinson, A. A., Trifacial Neuralgia. Northwest Medicine. May.



53. Roux, Jean Ch., Valeur séméiologique de la sensibilité à la pression du plexus solaire. La Clinique. 1911. No. 46. p. 721—724.
54. Sanders, J. O., Headache. Journal of South Carolina Med. Assoc. May.
55. Schilling, F., Erbrochener Duodenalschleim im Migräneanfall. Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. XVIII. H. 6. p. 820.
56. Sicard, J. A., et Leblanc, A., Méralgies paresthétiques secondaires. Revue neurol. 2. S. p. 126. **(Sitzungsbericht.)**
57. Derselbe, Névralgie ascendante par coupure du doigt. Radiculalalgie réflexe. Traitement par les injections locales d'air. ibidem. 1. S. p. 839. **(Sitzungsbericht.)**
58. Sluder, G., Vacuum Nasal Headache with Ocular Symptoms Only. Annals of Otology. March.
59. Smoler, F., Zur Aetiologie der Trigeminusneuralgie. Prager Mediz. Wochenschr. No. 26. p. 388.
60. Spitzer, B., Experimentelle Studie zur Pathogenese der Trigeminusneuralgie. Arb. aus d. neurol. Inst. a. d. Wiener Univ. **19.** 396.
61. Theilhaber, A., Zur Lehre von der Entstehung und Behandlung des Kreuzschmerzes. Monatschr. f. Geburtshülfe. Bd. 35. H. 2. p. 178.
62. Trétrôp, Les migraines et céphalées d'origine naso-pharyngée ou auriculaire. Revue hebd. de Laryngol. No. 35. p. 252.
63. Turán, V., Zur Pathologie und Symptomatologie des neuralgischen Zustandes. Budapesti Orvosi Ujság. **10.** 205.
64. Turner, J. W., Sciatica and Treatment. Kentucky Med. Journal. Dec. 15.
65. Ulrich, Martha, Beiträge zur Aetiologie und zur klinischen Stellung der Migräne. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. Ergänzungsheft. p. 134.
66. Vorkastner, Neuralgie des N. infraorbitalis. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 138.
67. Westphal, A., Über einen Fall von Hemicrania ophthalmica (Augenmigräne) mit anfallweise auftretender absoluter Pupillenstarre. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. p. 724. **(Sitzungsbericht.)**
68. Wilson, William, Nasal Headaches: Their Diagnosis and Treatment. Medical Chronicle. 4. S. Vol. 24. No. 1. Oct. p. 1.
69. Zentmayer, W., A Case of Migraine with Ring Scotoma. Annals of Ophthalmology. **21.** 279.

Turán (63) befaßt sich in einer längeren Abhandlung mit der Symptomatologie jener neuralgiformen Schmerzen, welche zwar nicht zu den genuinen Neuralgien der sensiblen Nerven gehören, jedoch wegen ihrer Konstanz, und weil sie ab und zu von sehr großer Intensität sind, nicht unbeachtet gelassen werden können. Verf. betitelt diese Schmerzen als neuralgische Zustände (Status neuralgicus) und fand ihren Hauptsitz im Nacken, Rücken, hauptsächlich im Abdomen der Frauen und in den Extremitäten. Als Ursache dieser schmerzhaften Zustände fand Verf. kleine Knötchen, die leicht palpierbar sind Die von ihnen ausgehenden kleinen Reize verursachen durch Summation die Schmerzhaftigkeit jener Regionen, wo diese Knötchen zu finden waren; sogar der Stenokardie ähnliche Schmerzen sollen auf einem solchen Wege zustande kommen, und in diesem Falle will Verf. immer Knötchen in den interkostalen Regionen finden können. Über das Wesen dieser Knötchen läßt uns Verf. im unklaren. (*Hudovernig.*)

Lapinsky (37) fand neben den Headschen Zonen noch zwei Zonen bei Erkrankung des weiblichen Genitalapparates. Die eine in Form eines Dreiecks befindet sich am vorderen Teil des behaarten Kopfabschnittes, die andere von Ovalform auf der Stirn. (*Kron.*)

Jarecki (32) berichtet über eine 21 jährige Patientin, welche seit ihrem 15. Lebensjahre an periodischen, anfallsweise auftretende Kopfschmerzen mit Erbrechen, ab und zu mit Diplopie leidet. Vor einigen Monaten trat ein besonders heftiger Anfall von Kopfschmerz auf, wonach das linke Lid total herabgesunken ist. Außerdem leidet die Patientin an vorübergehendem Ödem der Füße. Objektiv findet sich eine linksseitige Ptose und Deviation des Augapfels nach außen, Hyperästhesie im Bereiche des oberen Trigeminus-



astes. Die Schilddrüse ist vergrößert. Die Patientin zeigte gewisse Züge vom hysterischen Charakter. Sehkraft, ophthalmoskopischer Befund normal. Der Zustand der Patientin hat sich allmählich gebessert, und die linksseitige Okulumotoriusparese hat sich vollständig zurückgebildet. Verf. diagnostiert eine ophthalmoplegische Migräne und hebt die Kombination mit den Störungen der inneren Sekretion der Drüsen hervor (Vergrößerung der Schilddrüse, vorübergehende Ödeme der Füße). (*Sterling.*)

Bonnier (8) stellt die Theorie auf, daß Neuralgien dadurch zustande kommen, daß die bulbären Schmerzzentren durch die sogenannten esthesiostatischen Zentren der verschiedenen Organe infolge einer Störung ihrer nervösen Zirkulation gereizt worden. Es entstehe eine Enervation. Bonnier teilt nun eine Reihe von Neuralgien, meist Gesichtsneuralgien, die er durch ein- oder mehrmalige Kauterisation der esthesiostatischen Zentren zur Heilung bringen konnte.

Bonniers Methode scheint ein Analogon zur Corneliusschen Nervenpunktmassage darzustellen. (*Bendix.*)

Die Untersuchungen von **Ulrich** (65) sind an dem Riesenmatarial der Charité (Ziehen) vorgenommen. Einzelheiten aus der ausführlichen Arbeit sind schwer in ein Referat anzuführen, da es sich ja zum großen Teil um Bestätigung früherer bekannter Ergebnisse bzw. nur um Modifikationen derselben handelt. Dem Trauma erkennt Ulrich auch nur die Rolle eines agent provocateur zu. In 34 % der Fälle fand sich ungleichartige Heredität. Es wird die Beziehung der Tuberkulose und Lues behandelt, dann besonders die Intoxikation (Blei, Nikotin, Alkohol usw.) als Ursache der Migräne. Beziehung zwischen Gicht und Migräne lehnt Ulrich ab. — Dann wird eingehend die Beziehung der Migräne zu all den nervösen Erkrankungen (Hysterie, Epilepsie usw.) besprochen, deren häufiges gemeinschaftliches Vorkommen bekannt ist.

Lomnitz (41) beschäftigt sich in seinem Übersichtsvortrag hauptsächlich mit den Magensymptomen (Atonie usw.) und den Magenäquivalenten der Migräne. Er weist auf die schwierige Diagnose der letzteren hin. Man beobachtet alle Formen der sekretorischen und motorischen Anomalien und sehr oft auch reine sensible Reizzustände. Lomnitz wendet sich dann energisch gegen die Erklärung der Migräne durch Autointoxikation intestinalen Ursprungs.

Müller (45) gibt eine ausführliche Replik gegen die scharfe Kritik Auerbachs über seine Schrift „Der muskuläre Kopfschmerz“ und verteidigt alle seine Feststellungen und Anschauungen, insbesondere seine neue Technik und seine Lehre vom Hypertonus. Er führt auch neue Literatur, neue Krankheitsgeschichten und neue Abbildungen bei.

R. Oppenheim (46) gibt eine kurze Darstellung der Therapie der Gesichtsneuralgie.

Erben (23) will der landläufigen Praxis entgegentreten, hinter Schmerzen im Bein immer Ischias zu vermuten. Er erörtert zu diesem Zwecke zunächst eingehend die Diagnose und Differentialdiagnose des Ischias und erwähnt dann kurz eine Reihe anderer schmerzhafter Krankheiten am Bein (Myalgien, Meralgia paraesthetica, Dysbasia angiosklerotica, Plattfuß, Alkoholismus usw.).

Beim 18jährigen Patienten nach **Dritzaki** (20) bestanden Schmerzattacken von seiten des Rektums, die 2 Wochen nach einer Appendizitisoperation auftraten. Die Anfälle dauerten 2—2½ Stunden und vergingen nach Sitzbädern (33°) 1—1½ stündiger Dauer. (*Kron.*)



Alexander (1) ist der Ansicht, daß die Diagnose Ischias viel zu häufig gestellt wird und zeigt an einem großen eigenen Material, welche Erkrankungen fälschlich für Ischias gehalten wurden. Auch versucht er jedesmal den Gründen nachzugehen, warum die Krankheit nicht erkannt resp. fälschlich als Ischias diagnostiziert wurde. Besonders häufig wird das Malum coxae senile, dann das intermittierende Hinken, die Meralgia paraesthetica verkannt. Aber auch Osteomyelitis und Sarkom des Femur, Rektumkarzinome und alles mögliche andere wurde als Ischias angesehen. Neben diesen durch gute Anamnese und genaue Untersuchung stets zu vermindernden Fehldiagnosen gibt es Fälle, bei denen die Ischias das erste Symptom einer zentralen Erkrankung ist, die sich wohl im weiteren Verlauf richtig erkennen läßt. Hierher gehören die Tumoren, Zysten und chronischen Meningitiden des Rückenmarks und besonders der Cauda equina, die Tumoren der Wirbelsäule und des Beckens. Die Schmerzen bei Tabes, multipler Sklerose, Paralysis agitans sind stets leicht von der echten Ischias zu unterscheiden. Plattfuß und Varizen erzeugen niemals eine Ischias; die Beschwerden, die sie verursachen, sind nicht neuralgisch, der Befund ist ein ganz anderer. Die Gicht als Ursache der Ischias wird überschätzt; bei Gichtikern findet man bei weitem mehr Myalgien als echte Neuralgien. Praktisch ungemein wichtig ist die Erkennung der neurasthenischen Ischias, weil ihre Behandlung eine ganz andere sein muß als die der echten. Die zahlreichen therapeutischen Nichterfolge erklären sich oft aus der nicht genügend scharfen Diagnostik, die mit allen bekannten Methoden und in häufiger Wiederholung möglichst auch in die ätiologischen Verhältnisse des Einzelfalles eindringen soll. (*Autoreferat.*)

Bonola (9) weist auf die charakteristischen Unterschiede zwischen der Wurzel- und Stamm-Ischias hin, die klinisch von Bedeutung sind, aber nicht immer ganz zuverlässig sind. Dagegen scheint, wie er an vier Fällen von Wurzel-Ischias nachweisen konnte, das Verhalten des Achillessehnen- und Tensor fasciae latae-Reflexes bedeutsam zu sein; er fand nämlich, daß bei zwei Fällen beide Reflexe fehlten, bei den beiden anderen Fällen aber abgeschwächt waren. Er ist der Meinung, daß bei der Ischias mit Reflexstörungen das Fehlen oder die Abschwächung des Achillessehnen- und Tensor fasciae latae-Reflexes für radikulären Ursprung, dagegen das Fehlen oder die Abschwächung des Achillessehnenreflexes allein für eine Ischias nur des Nerven spricht. (*Bendix.*)

Trauma und Nervenkrankheiten.

Ref.: Dr. Kron-Moskau.

1. Albertoni, Pietro e, Tullio, Pietro, Contributo allo studio delle lesioni del gran simpatico nella nevrosi traumatica. Bollet. delle Scienze med. 83. 15.
2. Andrejeff, Tod durch elektrischen Strom. Prakt. Wratsch. No. 8 u. 9.
3. Ascher, Bernhardt, Ein Fall von Verletzung durch Elektrizität. Ausgang in Demenz. Medizin. Klinik. No. 5. p. 207.
4. Derselbe, Hysterische Kontraktur nach leichtem Unfall, Ausgang in Heilung. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. Bd. V. Heft 8. p. 225.
5. Atwood, C. E., and Taylor, A. S., A Case of Traumatic Psychosis Associated with an Old Depressed Fracture of the Skull. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 16. p. 1447.
6. Baschieri-Salvadori, G., Contributo allo studio della „tabes“ traumatica. Riv. di Patol. nerv. 17. 286.



7. Becker, W., Über traumatische Neurosen. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. 5. 321. 353.
8. Benda, Th., Nervöse Störungen nicht auf Einatmung von Formalindämpfen zurückzuführen, daher als Unfallfolge nicht anerkannt. Medizin. Klinik. No. 52. p. 2107.
9. Beneke, Rudolf, Ein Fall tötlicher traumatischer Tentoriumzerreissung ohne Schädelverletzung beim Erwachsenen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLIII. H. 2. p. 235.
10. Bing, Robert, und Stierlin, Eduard, Beobachtungen über psychoneurotische Störungen infolge der Eisenbahnkatastrophe zu Müllheim i. B. Neurol. Centralbl. No. 14. p. 882.
11. Bloch, Ernst, Traumatische Neurose ohne Rentenanspruch. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 24. p. 501.
12. Boenninghaus, Über die krankhafte Ermüdung des Gehörs bei sogenannter traumatischer Neurose. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 785. **(Sitzungsbericht.)**
13. Bonrepaux, G., Case of Hysteric-Traumatic Hemiplegia. Journ. de Méd. de Bordeaux. May 5.
14. Bouchard, Ch., Villaret, Georges, et Villaret, Maurice, Les modifications du système pileux consécutives aux traumatismes des membres. L'Encéphale. 2. S. No. 9. p. 198.
15. Bouman, K. H., De klinische beteekenis van het Schedel-Trauma in de aetiologie der psychosen. Pyschiatr. en neurol. Bladen. p. 119—196.
16. Bram, Israel, Sunstroke and Heat Prostration. Medical Record. Vol. 82. No. 4. p. 156.
17. Brunn, M. v., Zur Beurteilung der Ischias bei Unfallverletzten. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 50. p. 2725.
18. Bum, Anton, Anpassung und Gewöhnung an Unfallfolgen. Medizin. Klinik. No. 2. p. 47.
19. Buning, E. J., Unfallversicherung. Med. Revue. 12. 1. (russisch.)
20. Bürger, Leopold, Gliom und Unfall. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 8. p. 160.
21. Caro, Leo, Unfallkunde und Begutachtung. **Sammelreferat.** Medizin. Klinik. No. 6. p. 244.
22. Cattaneo, Filippo, La malattia dei cassoni ad aria compressa. Gazzetta medica lombarda. No. 5. p. 33.
23. Chajes, Traumatische Alopezie und Vitiligo. Arch. f. Dermatologie. Originale. Bd. 113. p. 245.
24. Chavasse, Troubles de la mémoire d'origine traumatique. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 27. p. 999.
25. Cimbal, Die objektiven Befunde und die Einschätzung der Erwerbsbeschränkung bei Unfallnervenkranken. Neurol. Centralbl. p. 658. **(Sitzungsbericht.)**
26. Claude, Henri, Affections nerveuses post-traumatiques. La Clinique. 1911. No. 47. p. 740—743.
27. Coulter, F. E., Acute Head Injuries; with Special Reference to Nervous Symptoms. Western Med. Review. Jan.
28. Cramer, Die diagnostische Beurteilung der Störungen des Bewegungsapparates, insbesondere nach Trauma. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 9. p. 257.
29. Cramer, A., Die Begutachtung der nervösen Unfallerkrankungen sowie der nervösen Beamten. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 12. p. 537.
30. Crookshank, F. G., Shock. Medical Press and Circular. Nov. 20.
31. Danilow, N. P., und Jasmann, M. K., Die klinische Expertise traumatischer Verletzungen des Nervensystems. Russ. mediz. Rundschau. No. 6. p. 89.
32. Diller, Theodore, The Prognosis in Traumatic Nervous Diseases. International Clinics. 21. S. Vol. III. p. 149.
33. Dodillet, Karl, Beitrag zur Lehre von den traumatischen Psychosen. Inaug.-Dissert. Leipzig.
34. Doughtle, C. W., Railway Injuries and Their Treatment. Virginia Med. Semi-Monthly. Jan.
35. Dreyer, Traumatische Neurasthenie und Gicht. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 3. p. 71.
36. Eichelberg, F., Organische Geistes- und Nervenkrankheiten nach Unfall. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 40. p. 2155.
37. Ely, F. A., Medicolegal Aspect of Traumatic Neuroses. Journal of Iowa Med. Soc. March.
38. Engel, Hermann, Kasuistischer Beitrag zur klinischen Differentialdiagnose zwischen Gehirnblutung, Syphilis und Embolie der Hirngefässe. Monatsschr. f. Unfallheilkunde. No. 1. p. 1.



39. Derselbe, Tod an Arteriosklerose nicht Folge einer vor neun Jahren erlittenen Kopfverletzung und des angeblichen Kampfes um die Rente. Medizin. Klinik. No. 21. p. 881.
40. Derselbe, Tod an Nierenleiden nicht Folge einer zwei Jahre vorher erfolgten geringen Kopfverletzung. ibidem. No. 25. p. 1045.
41. Derselbe, Plötzlicher Tod nicht Folge einer vor Jahresfrist erlittenen Kopfquetschung. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 7. p. 203.
42. Enriquez et Gutmann, Contusion par balle du revolver du paquet vasculo-nerveux du bras. Abolition du réflexe de pronation (de Marie et Barré). Revue neurol. 1. S. p. 842 **(Sitzungsbericht.)**
43. Erb, Wilh., Zur Lehre von den Unfallerkrankungen der Rückenmarks, anschliessend an einen Fall von progressiver spinaler Amyotrophie durch Überanstrengung. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 45. H. 1. p. 1.
44. Erben, S., Diagnose der Simulation nervöser Symptome. Berlin-Wien. Urban & Schwarzenberg.
45. Erdmann, Seward, Akute Wirkung der Caisson-Krankheit. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2054.
46. Eschle, Franz C. R., Der traumatische Shock und andere Formen der Kinetose. Fortschritte der Medizin. No. 17 u. 19. p. 545. 589.
47. Eulenburg, Tetanie? nach elektrischem Trauma? Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 1. p. 1.
48. Fauth, Johannes, Über die Beziehungen zwischen Trauma und Syringomyelie. Beitr. z. pathol. Anatomie. Bd. 54. H. 3. p. 495.
49. Finkelnburg, Die ätiologische Rolle des Traumas bei Hirntumoren. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1116.
50. Flatau, Georg, Die Nervenkrankheiten nach Unfällen. Leipzig. B. Konegen.
51. Derselbe, Paralysis agitans nach einem psychischen Trauma. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 9. p. 174.
52. Derselbe, Über Kopfschmerz bei Unfallverletzungen. ibidem. No. 5. p. 94.
53. Franck, Erwin, Die Feststellung des Muskelumfanges und die Ueberschätzung von Mindermassen nebst Vorschlägen für eine einheitliche Angabe der Umfangmasse. ibidem. No. 18. p. 365.
54. Frank, Otto, Zur Begriffsbestimmung des Betriebsunfalls. Medizin. Klinik. No. 10. p. 416.
55. Frank, Paul, Epilepsie und Unfall. ibidem. No. 8. p. 332.
56. Derselbe, Schädelbruch und Gehirnerschütterung — Tod nach einem Jahr an Hirnhautentzündung und Lungenentzündung. Kein ursächlicher Zusammenhang. ibidem. No. 15. p. 629.
57. Geerts, Traumatisme crânien. Journal de Neurologie. No. 4. p. 72. **(Sitzungsbericht.)**
58. Goldammer, Kurt, Ueber Beziehungen des Diabetes mellitus zum psychischen Schock. Inaug.-Dissert. Leipzig.
59. Gruber, G. B., Angeblicher „Unfall" als paralytischer Anfall mit tödlichem Ausgang erklärt. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 11. p. 333.
60. Gumpertz, Karl, Moderne Prinzipien bei der Beurteilung von Betriebsunfällen. Dtsch. Medizin. Presse. No. 10. p. 77.
61. Gutmann, L., Zur Frage der kausalen Beziehungen zwischen Trauma und organischen Nervenkrankheiten bei gerichtlichen Expertisen. Psych. d. Gegenwart (russ.). **6.** 631.
62. Haenel, Hans, Traumatische Hysterie. Fortschritte der Medizin. No. 3. p. 65.
63. Halipré, A. et Jeanne (de Rouen), Troubles trophiques à la suite des traumatismes. Revue de méd. légale. **19.** 138.
64. Hall, Arthur J., How Far is Trauma a Possible Factor in the Production of Disease? The Practitioner. Vol. 86. No. 6. p. 831.
65. Hallauer, Wilhelm, Ueber Unfälle im Kindesalter. Inaug.-Dissert. Bonn.
66. Hammerschmidt, „Die blosse Möglichkeit reicht zur Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges nicht aus." Erkenntnis des R.-V.-A. vom 30. XI. 11. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 3. p. 84.
67. Hanusa, Kurt, Über das Auftreten von hyperalgetischen Zonen nach Schädelverletzungen. Mitteil. aus. d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie. Bd. 24. H. 2. p. 255.
68. Harms, Alfred, Multiple Sklerose und Trauma. Inaug.-Dissert. Kiel.
69. Harms, Clemens, Ein- und doppelseitige Erblindung bezw. hochgradige Sehstörung unter dem ophthalmoskopischen Bilde des plötzlichen Verschlusses (der sog. „Embolie") der Arteria centralis retinae und Unfall. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 22. p. 469.
70. Haskovec, Lad., Die infantile Sprache der Erwachsenen. Ihre klinische Bedeutung. Neurol. Centralbl. No. 5—6. p. 282. 351.
71. Heilbronner, K., Ueber Gewöhnung auf normalem und pathologischem Gebiet. Wiesbaden. J. F. Bergmann.



72. Herzog, Traumatische Hysterie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 957. (Sitzungsbericht.)
73. Heynold, Werner, Klinische Beiträge zur Frage nach dem Zusammenhang von „Traumatischer Neurose" mit degenerativer Disposition. Aerztl. Sachverst. Zeitung. No. 6. p. 109.
74. Hildebrand, Ein Fall von Exophthalmus pulsans. nach Verletzung. ibidem. No. 1. p. 10.
75. Hill, Leonard Erskine, An Address on Compressed Air Illness and Experimental Research. Brit. Med. Journal. I. p. 348.
76. Hiller, A., Der gegenwärtige Stand der Kenntnisse von der dyskrasisch-paralytischen Form des Hitzschlages. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. H. 3. p. 81—92.
77. Derselbe, Die psychopathische Hitzschlagform und über sog. merkwürdige Fälle. (Dritte Mitteilung.) ibidem. No. 19. p. 742—748.
78. Hinrichsen, Christian, Kasuistische Beiträge zur Lehre von der traumatischen Hysterie. Inaug.-Dissert. Kiel.
79. Hirsch, Cäsar, Zur Unfallbegutachtung Schädelverletzter. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 22—23. p. 1229. 1280.
80. Derselbe, Über Folgezustände nach Schädeltrauma und ihren Einfluss auf die Rentenfestsetzung. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 22. p. 473.
81. Jacob, 2 Fälle von Encephalopathia traumatica (traumatische Hirnschwäche). Neurol. Centralbl. p. 671. (Sitzungsbericht.)
82. Jacoby, Fritz, Ueber die Folgen elektrischer Entladungen auf den Menschen, speziell über Telefonunfälle. Inaug.-Dissert. Bonn.
83. Jacob, A., Experimentelle traumatische Schädigungen des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Commotio cerebri und der Kommotionsneurose. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1668.
84. James, Alex., Trauma as a Factor in Disease. Edinbourgh Med. Journ. N. S. Vol. III. March. April. Mai. p. 236. 312. 416. Vol. IX. No. 1. p. 30.
85. Jellinek, S., The Dangers of Electricity from the Clinical, Forensic, and Hygienic Points of View. The Lancet. II. p. 1452.
86. Derselbe, Electrical Accidents from the Clinical and Forensic Standpoint. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Electro-Therapeutic Section. p. 17.
87. Jentsch, Ernst, Die psychogene Rückerinnerung als Ursache wiederholter traumatischer Depressionszustände. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 17. p. 349.
88. Jolly, Ph., Epilepsie nach Unfall durch elektrischen Starkstrom. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 26. p. 1433.
89. Jorns, Mischform von Hitzschlag und Sonnenstich, erörtert an einem Gutachten. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 12. p. 364.
90. Kaess, Paralysis agitans als Folge eines psychischen Traumas. Medizin. Klinik. No. 40. p. 1641.
91. Kasemeyer, Erich, Posttraumatische Pachymeningitis. Tod 5 Jahre nach dem Unfall. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 43. p. 2020.
92. Knepper, War der am 27. Oktober 1910 erfolgte Tod durch Schlaganfall des Brauers E. eine Folge der im Jahre 1889 und 1894 erlittenen Betriebsunfälle. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. 5. 161.
93. Derselbe, Die ärztliche Sachverständigentätigkeit auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung nach der Reichsversicherungsordnung. 28. Hauptvers. d. Preuss. Medizinalbeamten-Ver. z. Berlin. 26. April.
94. Derselbe, Ein Beitrag zu dem Kapitel „Gewöhnung an Unfallfolgen". Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 22. p. 451.
94a. Koeppen, Paul, Die Feststellung des Schadenersatzes bei der gewerblichen Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung. Die Arbeiter-Versorgung. 1911. No. 32. p. 752.
95. Kompaneitz, S., Zur Frage der Häufigkeit von Taubheitssimulation unter Unfallverletzten und der Methoden ihrer Erkennung. Dissert. St. Petersburg.
96. König, Karl, Hysterische Astasie-Abasie nach Trauma. Inaug.-Dissert. Kiel.
97. Kübler, Karl, Ueber elektrische Verbrennungen. Inaug.-Dissert. Strassburg.
98. Kure, S., Zwei Fälle von traumatischer Psychose. Neurologia. Bd. XI. H. 7. (japanisch.)
99. Kutschera, Adolf Ritter v., Simulation von Geistesstörung nach Unfall. Gutachten. Der Amtsarzt. No. 11. p. 501.
100. Laignel-Lavastine, Les troubles psychiques dans les accidents du travail. Ann. d'Hygiene publique. Janv. p. 5. (cf. Kapitel: Diagnostik der Geisteskrankheiten.)
101. Laquer, Leop., Die Heilbarkeit nervöser Unfallfolgen. Dauernde Rente oder einmalige Kapitalsabfindung? Samml. zwangl. Abhandl. aus d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh. IX. H. 5—7. Halle a. S. C. Marhold.
102. Lehmann, Zusammenhang zwischen Unfall und Diabetes abgelehnt. — Entsch. d. R.-V.-A. vom 17. XI. 1911. Ia. 16938/10. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 3. p. 79.



103. **Lenzmann**, War eine zum Tode führende Lungen- und Gehirnhautentzündung als die Folge eines erlittenen Unfalls aufzufassen? Medizin. Klinik. No. 23. p. 962.
104. **Lubarsch**, Geschwülste und Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 9—10. p. 259.
105. Derselbe, Die Bedeutung des Traumas für Entstehung und Wachstum krankhafter Gewächse. Mediz. Klinik. No. 41. p. 1651.
106. **Lübbers**, Zerstörung der Vestibularbahn nach Kopftrauma. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 387.
107. **Machefer**, Contribution à l'étude de quelques lésions pulmonaires consécutives à des traumatismes craniens. Thèse de Paris.
108. **Machwitz**, Hermann, Ein Beitrag zur pathologisch-anatomischen Unfallsbegutachtung Inaug.-Dissert. Würzburg.
109. **Maier**, Hans M., Unfallgutachten über Fälle von Dementia praecox. (Schizophrenien.) Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 8. p. 273.
110. **Mangelsdorf**, Der Tod durch Elektrizität. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Jan./Febr. p. 1.
111. **Marcus**, Fall von Tabes. Zusammenhang mit Unfall abgelehnt. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 12. p. 368.
112. Derselbe, Linkshändigkeit in der Unfallversicherung. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 3. p. 82.
113. Derselbe, Spätrachitis und Unfall. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 14—15. p. 807.
114. Derselbe, Zur Frage der Linkshändigkeit in der Unfallversicherung. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 11. p. 323.
115. **Maréchaux**, Theorie und Praxis in der Unfallheilkunde. (Nur ein Paar Winke.) Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 20. p. 408.
116. **Marmetschke**, Diabetes und Trauma. Medizin. Klinik. No. 3. p. 121.
117. **Mauthner**, Oskar, Vorübergehende (sensugen traumatische) Ertaubung auf hysterischer Basis. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 768. **(Sitzungsbericht.)**
118. Derselbe, Die traumatische Erkrankung des inneren Ohres. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 87. H. 2—3. p. 146.
119. **Mayaud**, Tabes et traumatisme, étude pathogénique et médico-légal. Thèse de Paris.
120. **Meyer**, E., Epilepsie und Trauma. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1211.
121. Derselbe, Unfall und Blitzwirkung. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 15. p. 301.
122. **Meyer**, Max, Dementia-praecox-Unfall. Inaug.-Dissertation. Bonn.
123. **Milton**, Frank, Will Sickness be Increased under the Insurance Act? The Lancet. I. p. 247.
124. **Mohr**, Heinrich, Poliomyelitis anterior acuta und Unfall. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 12. p. 373.
125. Derselbe, Dauernder Diabetes insipidus nach Schädelgrundbruch. ibidem. No. 12. p. 362.
126. **Morselli**, Enrico, Le neurosi traumatiche con particolare riguardo alle forme indennizzabili. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. fasc. 1. p. 27.
127. **Mossel**, F. B., Aus der Praxis der Unfallgesetzgebung und insbesondere über den Begriff und das Wesen der Invalidität. Med. Revue. 12. 429. (russisch.)
128. **Müller**, F. C., Ein Beitrag zur Lehre von der Commotio cerebri. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 21. p. 429.
129. Derselbe, Ein entlarvter Simulant. ibidem. No. 19. p. 390.
130. **Müller**, Georg, Ein Fall von angeborener Missbildung am linken Querfortsatz des fünften Lendenwirbels, irrtümlich als Wirbelbruch begutachtet. ibidem. No. 4. p. 72.
131. **Murri**, A., Delle nevrosi da trauma. Riforma medica. XXVIII. No. 18—20.
132. **Natzler**, Adolf, Ein Beitrag zum Kapitel der Gewöhnung an Unfallfolgen. Monatsschr. f. Unfallheilk. No. 1. p. 13.
133. **Oliver**, Thomas, Verletzungen durch Elektrizität verursacht. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2054.
134. **Ostrow**, Drei Fälle von Kopfverletzungen. St. Petersb. mediz. Zeitschr. 1913. p. 25. **(Sitzungsbericht.)**
135. **Patrick**, Hugh, Sur les résultats de la loi française de 1898, concernant les accidents du travail. Rapport par **Lapersonne**, de, **Dupré**, Ernest, **Claude**, Henry, et **Sicard**, J. A. Revue neurol. 2. S. p. 148. **(Sitzungsbericht.)**
136. **Petit**, Georges, Epilepsie tardive et troubles mentaux consécutifs à un violent traumatisme cranien. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtr. No. 5. p. 384.
137. **Pickenbach**, Ein Fall von schwerer Neurose nach geringfügiger Fingerverletzung. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. 6. 136.
138. Derselbe, Arterienverkalkung nach Unfall (Kasuistischer Beitrag). Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 4. p. 53.
139. **Price**, George E., A Case of Trauma of the Neck Producing Symptoms Suggesting Pachymeningitis. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 42. **(Sitzungsbericht.)**



140. Prout, Thomas P., and Taylor, A. S., A Case of Injury to the Head Followed by Persistent Pain in the Region of the Scar and Weakness of the Left Leg: Operation: Recovery. ibidem. Vol. 39. p. 466. (Sitzungsbericht.)
141. Quensel, Melancholische Depression durch Kohlenoxydvergiftung. Selbstmord als Unfallfolge. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 15. p. 302.
142. Derselbe, Paralysis agitans und Trauma. Medizin. Klinik. No. 18. p. 753.
143. Derselbe, Bergmannswohl. Unfallnervenheilanstalt der Knappschafts-Berufsgenossenschaft Schkeuditz (Bezirk Halle a. S.). 1911. Jahresbericht.
144. Quervain, J. de, Uebertreibung oder Aggravation? Nichtchirurgische Gedanken eines Chirurgen. Corresp.-Blatt für Schweizer Aerzte. No. 31. p. 1192.
145. Raecke, Traumatische Psychosen und Neurosen. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. H. 5. p. 129.
145a. Räuber, Gehirnerweichung als Unfallfolge anerkannt. ibidem. 5. 289.
146. Derselbe, Gehirnerweichung als Unfallfolge anerkannt. ibidem. H. 10.
147. Rauzier et Roger, A propos d'un cas de gastro-névrose traumatique. L'hystérotraumatisme est-il un phénomène d'autosuggestion imputable au seul accidenté, ou le traumatisme en est-il responsable? Montpellier médical.
148. Riebel, Paul, Nervöse Nachkrankheiten des Mühlheimer Eisenbahnunglücks vom 30. März 1910. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. Ergänzungsheft. p. 203.
149. Risel, Verbrennung von Schädel, Dura mater und Gehirn durch elektrischen Starkstrom. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2389.
150. Rudinger, Karl, Über Mängel des Unfallgesetzes vom Standpunkte des Nervenarztes nebst Bemerkungen über die Entstehung der sog. „Rentenneurose" des Arbeiters. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 37. p. 2413.
151. Ruhemann, Konrad, Fall auf einen Holzhaufen infolge Gleichgewichtsstörung bei einem Rückenmarkskranken vom. Reichsversicherungsamt als Betriebsunfall nicht anerkannt. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 11. p. 216.
152. Rumpf, Th., Bemerkung über die Begutachtung von Unfallkranken. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 46. H. 1. p. 109.
153. Derselbe und Horn, P., Über den Verlauf der nervösen Erkrankungen nach Eisenbahnunfällen. Neurol. Centralbl. p. 1319. (Sitzungsbericht.)
154. Rupprecht, J., Die Unfallentschädgiung nach Verletzungen des Auges. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 21. p. 1166.
155. Ruttin, Erich, Über frische traumatische Läsionen des Labyrinths. Monatsschr. f. Ohrenheilk. H. 5. p. 475.
156. Saar, v., Traumatische Reflexlähmung. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 928.
157. Saenger, Aufhebung des stereognostischen Vermögens nach Schädelschuss. ibidem. p. 1114.
158. Sarbó, A. v., Klinisch reiner Fall von spastischer Spinalparalyse als Unfallfolge. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 46. H. 1. p. 43.
159. Schefold, E., Zur Begutachtung innerer Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Unfallfolgen. Sammlung klin. Vorträge. Innere Medizin. No. 214/217. Leipzig. Joh. Ambr. Barth.
160. Scheidemantel, Eduard, Trauma und Infektion. Friedreichs Blätter für gerichtl. Medizin. Jan.-April. p. 127.
160a. Scheu, C. H., Unter welchen Voraussetzungen werden Schlaganfälle als Betriebsunfälle im Sinne des Gewerbe-Unfall-Versicherungsgesetzes angesehen. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. 5. 267.
161. Schichhold, Gerhard, Beitrag zur Lehre von der hysterischen Pseudoparese der Beine nach Trauma. Inaug.-Dissert. Kiel.
162. Schmücking, Walter, Multiple Sklerose und Trauma. Inaug.-Dissert. Leipzig.
163. Schönfeld, Rich., Tod nach Fall auf den Kopf ohne schwere Erscheinungen in den ersten Tagen nach dem Unfall. Medizin. Klinik. No. 43. p. 1756.
164. Schüle, Über die „unklaren" Begutachtungsfälle. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 22. p. 455.
165. Schultze, Ernst, Tabes und Trauma. Berl. klin. Wochenschr. No. 45. p. 2113.
166. Derselbe, Ueber Unfallneurosen und die Mitwirkung des Arztes bei ihrer Bekämpfung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 47—48. p. 2204. 2256.
167. Schultze, F., und Stursberg, H., Gehirnblutung bei einem Arteriosklerotiker als Folge einer Druchnässung anerkannt. Tod an erneuter Blutung nicht Unfallfolge. Medizin. Klinik. No. 44. p. 1805.
168. Dieselben, Erfahrungen über Neurosen nach Unfällen. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
169. Schuster, Paul, Welche Vorsichtsmassregeln sind bei der Untersuchung des Nervensystems Unfallverletzter zu beobachten? Mediz. Klinik. No. 42. p. 1693.
170. Seifert, Otto, Beiträge zur traumatischen Anosmie. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 5. p. 650.



171. Seitz, L., Ueber die Genese intrakranieller Blutungen bei Neugeborenen. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 1. p. 1.
172. Shields, D. A., Some Surgical Aspects of Railway Injuries. Australian Med. Journal. May 18.
173. Siebenmann, Schädeltrauma als Ursache von gleichseitiger Schlund-Kehlkopf-Nackenlähmung. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1168.
174. Springthorpe, J. W., Railway Accidents: Medical Aspect. Australian Med. Journal. May 18.
175. Steinhauer, Schlaganfall als Unfallfolge anerkannt. Medizin. Klinik. No. 28. p. 1171.
176. Stierlin, Edouard, Effet des catastrophes sur le système nerveux. Observations faites dans six catastrophes y compris celle de Courrières. Ann. d'Hygiène publ. 4. S. T. XVIII. Juillet. p. 24. (cf. Kapitel: Diagnostik der Geisteskrankheiten.)
177. Storck, Fritz, Unfall und progressive Paralyse. Inaug.-Dissert. Bonn.
178. Storey, Alexander, A Supposed Case of Heat-Stroke: Remarkable Recovery. Brit. Med. Journal. I. p. 181.
179. Strauss, Max, Primärer latent verlaufender Speiseröhrenkrebs. Metastase am Schädeldache als Unfallfolge. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 7. p. 366.
180. Sturgis, M. G., Changed Personality Due to Head Injury. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 3. p. 170.
181. Taylor, E. W., Neurological Aspects of Injuries to the Cranium and Spinal Column. The Boston Med. and Surg. Journal. Vol. CLXVII. No. 20. p. 675.
182. Thomson, H. C., Traumatic Neurasthenia. Clinical Journal. June 12.
183. Tuffier, Les troubles de la mémoire après les traumatismes du crâne. Bull. Soc. de Chirurgie de Paris. T. 38. No. 26. p. 969. No. 38. p. 1387.
184. Utendörffer, Paul, Ueber posttraumatische Ossifikationen. Inaug.-Dissert. Marburg.
185. Vance, Ap Morgan, Head Injuries. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. 1913. Vol. LX. p. 236. **(Sitzungsbericht.)**
186. Veraguth, Otto, Zur Frage der Begehrungsvorstellungen. Zum Nachweis anderer als der Begehrungskomplexe bei Traumatikern. Neurol. Centralbl. p. 404. **(Sitzungsbericht.)**
187. Derselbe, Zum Problem der traumatischen Neurosen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. 44. H. 1. p. 64.
188. Vielhagen, Die Hauptschwierigkeiten bei der Unfallbegutachtung. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 268. **(Sitzungsbericht.)**
189. Wagner, G., Epilepsie und Unfall. Ein Fall von Täuschung. Medizin. Klinik. No. 48. p. 1967.
190. Wakulenko, M., Zur Kasuistik der traumatischen Aphasien. Chirurgie. (Russ.) 32. 83.
191. Wallace, R., Traumatic Neuroses Due to Alleged or Actual Injury, from Medicolegal Standpoint. Journal of Tennessee State Med. Assoc. July.
192. Weber, F. Parkes, and Dorner, G., Persistent Oedema of Right Hand and Forearm after Slight Traumatism. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 8. Clinical Section. p. 215.
193. Weisenburg, T. H., Nervous Symptoms Following Sunstroke. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 26. p. 2015.
194. Werner, Fr., Ein Fall von komplizierter Schädelverletzung mit homolateraler Hemiplegie. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 20.
195. Weygandt, W., Unfall und Kleinhirnbrückenwinkel-Geschwulst. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. p. 305.
196. Wharton, J. B., Cerebral Concussion. Journ. of Arkansas Med. Soc. Jan.
197. Wilde, Einige allgemeine Gesichtspunkte bei der Beurteilung von Unfallfolgen. Medizin. Klinik. No. 30—31. p. 1250. 1289.
198. Wildt, Tod an eitriger Gehirnhautentzündung als Folge einer $2^1/_2$ Monate zurückliegenden Kopfverletzung. Medizin. Klinik. No. 33—38. p. 1364. 1403. 1438. 1517. 1559.
199. Williams, Tom A., The Psychic Effects of Accidents. Monthly Cyclopedia and Med. Bulletin. Vol. V. No. 11. p. 650.
200. Willmoth, A. D., Diagnosis of Head Injuries. Kentucky Med. Journal. Febr.
201. Wolfer, P., Ueber einen Fall von Hämatomyelie und Syringomyelie nach Trauma. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 20. p. 741.
202. Zander, C., Die Unfallkasuistik der modernen Eispaläste. Medizin. Klinik. No. 15. p. 637.
203. Zweig, Alexander, Die traumatischen und chemischen Schädigungen des Nervensystems. **(Sammelreferat.)** Berl. klin. Wochenschr. No. 35. p. 1665.



Erb und v. Sarbo bringen Belege dafür, daß die Überanstrengung als auslösendes Moment vom Standpunkt der Unfallversicherung anerkannt werden muß. Der erste Autor führt die spinale progressive Muskelatrophie auf Muskelüberanstrengung zurück, während v. Sarbo dieselbe Ätiologie für die spastische Spinalparalyse beansprucht. Spino-muskuläres und kortikospinales Neuron können also infolge Überanstrengungen erkranken. Kasuistische Beiträge, die über diese Frage weiteren Aufschluß geben könnten, wären erwünscht. Von Wichtigkeit für den Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Hirngeschwulst, der recht oft in den Gutachten anerkannt wird, ist Lubarschs Aufsatz, in dem sehr strenge Anforderungen für die Anerkennung eines ursächlichen Zusammenhangs gestellt werden; auch Weygandt nimmt in einer klinischen Abhandlung den gleichen Standpunkt ein.

Aus mehreren Arbeiten geht hervor, daß die traumatischen funktionellen Erkrankungen keineswegs immer auf Begehrungsvorstellungen begründet sind. Von ohrenärztlicher Seite wird auf die Notwendigkeit einer eingehenden Ohrenuntersuchung unmittelbar nach jedem Schädeltrauma hingewiesen.

Über die Heilbarkeit nervöser Unfallsfolgen gehen die Ansichten der Autoren noch recht weit auseinander. Quensel konnte über einen stattlichen Prozentsatz berichten. Laquer spricht sich auf Grund zahlreicher Katamnesen für die Kapitalabfindung aus.

Allgemeines.

Wilde (197) gibt eine Zusammenstellung der in der Unfallversicherung maßgebenden Prinzipien für die Beurteilung von Bruchschäden, Gehirn- und Rückenmarkserschütterungen, Knochen- und Gelenkkrankheiten, Wandernieren, Krampfadern, Augenverletzungen u. a. m.

Maréchaux (115) findet, daß unwesentlichen Störungen, die keinen Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit haben, von manchen Gutachtern zu große Bedeutung beigelegt wird. Das trifft auch für den „Romberg“ zu.

Schefold (159) gibt, gestützt auf das Gutachtenmaterial der Tübinger Klinik aus den letzten 6 Jahren, das insgesamt 1339 Fälle umfaßt, die leitenden Gesichtspunkte für die Begutachtung innerer Krankheiten innerhalb der Unfall- und Invalidenversicherung. An Hand von 196 Fällen bespricht er nach Verweilen bei den Erkrankungen des Herzens, der Lunge, der Leber, Niere, Gelenke usw. die Nervenkrankheiten, in Sonderheit die Hysterie auf traumatischer Basis. Nach eingehender Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Arteriosklerose und Unfall, der Gesichtspunkte für Empfehlung der Heilstättenbehandlung bei Tuberkulose, kommt er zu den wichtigen Fällen, die den Zusammenhang zwischen den verschiedensten nervösen Systemerkrankungen und dem Unfall illustrieren. Auf die Fälle im einzelnen einzugehen, verbietet der zur Verfügung stehende Raum, auch empfiehlt sichs nicht, Einzelheiten aus dem Zusammenhang der so interessanten und umfassenden Darstellung zu lösen. *(Cordes.)*

Taylor (181) gibt in seiner Arbeit eine Reihe eigener Beobachtungen. Aus diesen zieht er die Schlußfolgerung, daß das Endresultat eines groben Traumas, das den Schädel trifft, nicht nach der Ausdehnung der manifesten Hirnschädigung abzuschätzen sei. Eine Schädelfraktur habe an sich keine ernste Bedeutung. Die Prognose müsse wesentlich vom Grade der bestehenden Bewußtseinsstörung abhängig gemacht werden. Eine Besserung derselben stelle immer eine günstigere Prognose in bezug auf Erhaltung des Lebens dar, während das Gegenteil als sehr ernstes Symptom angesehen werden müsse. Auch den Herderscheinungen sei nicht unter allen Umständen eine sehr kritische Bedeutung beizumessen, da solche, falls das Hirn in nicht zu aus-



gedehntem Maße verletzt ist, sich bessern und ganz verschwinden. Freilich dürfe der Fall einer später entstehenden Epilepsie oder mehr oder minder ausgeprägter psycho-neurotischer Störungen nicht ganz außer Betracht gesetzt werden. Therapeutisch ist Ruhe das wichtigste, auch in leichten Fällen konsequent durchzuführen, während chirurgische Eingriffe nur mit Reserve in Betracht gezogen werden sollen.

Weitere eigene Erfahrungen gibt Verf. über Rückenmarkstraumen. Außergewöhnlich und eines operativen Eingriffs nicht ernstlich bedürftig sind extramedulläre Blutungen. Eine Rückenmarkserschütterung setzt nicht immer nachweisbare histologische Veränderungen voraus. Die Schädigung des Rückenmarks ist unmittelbar nach dem Trauma voll ausgeprägt. Der operative Eingriff läßt sich meist aufschieben; ein solcher ist nutzlos, wenn Symptome einer kompletten Querschnittsläsion fortbestehen, bei einer partiellen Schädigung kann indes eine Laminektomie Nutzen bringen. (*Cordes.*)

Hallauer (65) gibt in ausführlicher Darstellung Mitteilungen über die Unfälle im Kindesalter und belegt dieselben mit Fällen und anschließendem Gutachten. Er zeigt, daß diese Unfälle nicht so selten, die Begutachtung aber sehr häufig schwierig ist. (*Cordes.*)

Eschle (46) bringt, ausgehend von O. Rosenbach, der zuerst den Begriff Kinetosen prägte, in klarer zusammenfassender Arbeit, zum Teil belegt mit eigenen Fällen das über den Gegenstand Bekannte und Wissenswerte. Er verbreitet sich unter anderem über die See-, die Eisenbahnkrankheit. Macht auch vereinzelte therapeutische Vorschläge. Die Arbeit ist interessant und klar und orientiert gut über das Thema. (*Cordes.*)

Hall (64) beleuchtet an Hand eigener Fälle die Beziehungen des Traumas zu verschiedenen Erkrankungen, so zu Geisteskrankheiten, zu Meningitis, zu Hirntumoren, Paralysis agitans usw. und kommt zu dem Schluß, daß das Trauma bei Geistes- und Nervenkrankheiten im allgemeinen nur ein auslösendes oder verschlimmerndes, kein direkt ursächliches Moment darstellt, mit Ausnahme der Epilepsie und des Hirntumors, ebenso der Paralysis agitans und der tuberkulösen Meningitis, wo er ihm einen Platz unter den Ursachen einräumt, es speziell bei letzterer auch als verschlimmerndes Moment ansieht. (*Cordes.*)

Rudinger (150) empfiehlt die Einrichtung besonderer Anstalten zur Behandlung von Unfallkranken nach deutschem Muster. Jüngere Arbeiter sollen mehr Rente erhalten, als alte, da bei ihnen eine Steigerung ihres Arbeiterlohnes natürlich ist.

Schuster (169) rät, vor der Untersuchung des Unfallkranken die Unfallakten zu studieren, peinliche Vorsicht im Umgang mit dem Untersuchten, ferner sollen alle Untersuchungen so vorgenommen werden, daß der Explorand nicht weiß, worauf es dem Untersucher ankommt.

Flatau's (50) Büchlein behandelt die funktionellen und einige organische Nervenkrankheiten nach Trauma. Trotz der gedrängten Kürze ist die Darstellung der einzelnen Krankheitserscheinungen eine übersichtliche; die für die Untersuchung Unfallkranker wichtige Untersuchungsmethoden sind eingehend gewürdigt. Zahlreiche demonstrative Beispiele illustrieren einzelne Krankheitsbilder. Die Übersicht der einschlägigen Gesetzesbestimmungen wird sich dem praktischen Arzt, für den das Büchlein bestimmt ist, nützlich erweisen.

Das Buch gewinnt dadurch besonders an Wert, daß überall die reichliche persönliche Erfahrung und kritische Beurteilung des Verf. zutage tritt.

Marcus (112) weist auf den Schaden hin, der Berufsgenossenschaften oder Versicherungsgesellschaften dadurch entsteht, daß Linkshänder bei Beschädigung der rechten oberen Extremität verschweigen, daß letztere die

minderkräftige ist; ferner kann auch das Vorhandensein von Linkshändigkeit behauptet werden, um für die Beschädigung des linken Armes bessere Entschädigung zu bekommen. Marcus rät, das von Brüning angegebene Verfahren zur Ermittlung von Linkshändern und die Angabe von Liersch, wonach bei Linkshändern das Herz mehr nach rechts als normalerweise gelagert ist, zu prüfen.

Milton (123) zeigt an der Hand von 3 Tabellen, daß seit Einführung des Unfallgesetzes im Jahre 1907 die Zahl der Unglücksfälle zugenommen hat, und daß im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren die Anzahl der Arbeiter, die im Laufe von 15 Tagen in Behandlung waren und keine Besserung zeigten, um 10 % gestiegen sei (in England herrscht das Gesetz, daß für 14 tägige Krankheit eine Entschädigung für 7 Tage gegeben wird und von 15 Tagen ab für die ganze Zeit bezahlt wird). Verf. schließt Simulation aus und erklärt diese Erscheinung dadurch, daß der Patient auf seine subjektiven Empfindungen mehr achtgibt, da er weiß, daß sein Verdienst durch die Erkrankung nicht leidet.

Funktionelle Krankheitszustände.

Bloch (11) tritt an der Hand von fünf Fällen von traumatischer Neurose ohne jeden Anspruch auf Rente oder Entschädigung der Forderung entgegen, die traumatische Neurose nicht mehr zu entschädigen.

Quervain (144) will in den Gutachten die Bezeichnung „Aggravation“ durch das Wort „Übertreibung“ ersetzt sehen. Aggravation bedeutet übrigens Verschlimmerung.

Hinrichsen (78) berichtet über 2 Fälle aus der Kielschen Nervenklinik, wo die Schwere der Unfallfolgen in keinem Verhältnis zu dem Unfall stand.

Haenel (62) kennzeichnet kurz einige Haupttypen der traumatischen Hysterie. Es handelt sich bei der Hysterie nicht um eine festumschriebene Krankheit, sondern um eine abnorme Reaktionsweise des Individuums. Die Rentenhysterie ist zwar eine verbreitete Form, kann aber nicht immer auf die Begehrlichkeit zurückgeführt werden. Auch beim Traumatiker ist eine möglichst eingehende Analyse der psychischen Persönlichkeit notwendig.

Heynold (73) fand an dem Material der Nonneschen Abteilung, daß der größte Teil der Unfallneurotiker mit psychischen oder physischen oder mit beiderlei Degenerationsstigmata behaftet sei. Der umgekehrte Satz, daß jeder Degenerierte auf einen Unfall mit Neurose reagieren muß, gilt nicht.

Ascher (4) berichtet über die Krankheit einer 27 jährigen jungen Dame, die im Anschluß an eine Quetschung der linken großen Zehe und des Kniegelenks durch einen Unfall eine Kontraktur des linken Beines aufwies, die, da ein Fehlen einer abnormen elektrischen Reaktion und des Rückgangs der Muskulatur eine Lähmung ausschloß, trotz fehlender Stigmata und anamnestischer Hinweise als hysterische diagnostiziert wurde. Trotz mangelnder Arbeitsfähigkeit und Vertrauens zur Heilung wurde die Prognose günstig gestellt. Das Gutachten erkannte zunächst auf 50 %, dann nach 4 Wochen 25 %, dann 10 % Rente. Als Widerherstellungstermin wurde eine Frist von 3 Monaten angenommen. 2 Wochen vor der festgesetzten Frist konnte die Dame als geheilt entlassen werden. Verf. glaubt in der Nichtbewilligung der Vollrente auch hier das Heilmittel annehmen zu müssen.

König (96) bringt unter Beachtung der über das Thema vorhandenen Literaturergebnisse die Geschichte eines nach mehr als einer Hinsicht interessanten Falles, bei dem speziell auch die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten interessieren. (*Cordes.*)



Schichhold (161) gibt nichts Neues zum Thema, belegt es mit einem Fall. (*Cordes.*)

Becker (7) hat seine der Arbeit zugrunde liegenden Untersuchungen an Unfallkranken von Marburg und Kirchhain gemacht. Interessant ist die Tatsache, daß ein wesentlich geringer Prozentsatz von Unfällen Neurosen im Gefolge hatte. Bei 2000 Unfallskranken in Marburg und auch in Kirchhain treten nur je 1,45% traumatische Neurosen auf. (*Cordes.*)

An der Hand einer großen Anzahl von Fällen kommt **Diller** (32) zum Schluß, daß in Fällen von traumatischen Nervenerkrankungen nur selten eine Besserung eintritt, bevor eine Unfallrente bewilligt worden ist, und selbst nachdem das geschehen ist, tritt die Besserung erst langsam ein; sie kann sich über Monate und Jahre erstrecken.

Riebel (148) berichtet über die nervösen Erkrankungen, die nach dem Mülheimer Eisenbahnunglück eintraten. Fast in allen Fällen bestand Blutdruckerhöhung. Bleibt der Blutdruck dauernd hoch oder steigt der vorher niedrige Blutdruck, so ist das prognostisch ungünstig. Eine bedeutende Rolle spielte der Schreck. Kranke, die schwere örtliche Verletzungen erlitten hatten, hatten oft weniger nervöse Erscheinungen, als solche, die weniger gelitten hatten. Auffallend hoch war der Prozentsatz der Rekruten unter den Erkrankten. Von 26 an Kommotio Erkrankten blieben dienstfähig 30,8%; bei 9 Leuten entwickelten sich nervöse Erscheinungen, die zur Entlassung führten. Die verzögerte Erledigung der Rentenansprüche durch die Eisenbahnverwaltung wirkte ungünstig ein. In einem Falle lag traumatische Epilepsie vor.

Veraguth (187) gibt Beiträge zur Psychologie der traumatischen Neurosen; er bespricht die Rolle des Traumas und die den Ausbruch der Neurose begünstigenden Momente. Zur Diagnose wird in zweifelhaften Fällen der Assoziationsversuch und das psychogalvanische Experiment empfohlen. Bei der Fragestellung ist darauf zu achten, welche Komplexe für den Betreffenden die wichtigsten vor dem Unfall, welche besonders assoziationsbereit im Augenblicke des Unfalls waren, und welche sich später ausgebildet haben. Als Vorbeugungsmittel gegen die Disposition zur traumatischen Neurose betrachtet Veraguth den Sport; prophylaktisch wirkt das sachliche Verhalten des behandelnden Arztes.

Diabetes. Gicht. Rachitis.

Dreyer (35) weist in seinem Gutachten auf die Notwendigkeit hin, die vor dem Unfall bestandenen Krankheiten genau zu erforschen. In seinem Fall brachte Dreyer den Nachweis, daß die Beschwerden des Verletzten auf eine vor dem Unfall vorhanden gewesene Neurasthenie und Gicht zurückzuführen waren.

Goldammer (58) hält die Beziehungen von psychischem Shok und Diabetes für gegeben und belegt seine Meinung mit einen Fall. Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues. (*Cordes.*)

Marmetschke (116) begründet in einem Fall den Zusammenhang des tödlich verlaufenen Diabetes mit einem vor ca. 10 Jahren erlittenen Unfall, der eine Gehirnerschütterung bedingt hatte. Die Entwicklung der Krankheitserscheinungen war ungefähr in die Zeit des Unfalles zu verlegen, doch kann der Zwischenraum nach Thiem bis 2 Jahre betragen.

Marcus (113) berichtet über 3 junge Leute, die eine Verletzung des Rückens erlitten hatten, die während der Behandlung und bei ihrem Abschluß zu einer wesentlichen Deformität nicht geführt hatte. Einige Zeit darauf



bildete sich unter der Einwirkung der normalen Belastung eine kolossale Deformität heraus, die mit einer der sonst nach Wirbelbrüchen entstehenden Form der Deformität keine Ähnlichkeit hatte. Als Ursache nimmt Marcus nach Ausschluß anderer Momente die Rachitis tarda an. Marcus ermahnt daran, daß allen Kranken mit Rückenverletzung ein Stützkorsett resp. die Möglichkeit gegeben wird, sich 1—2 Jahre hindurch genügend zu schonen.

Hauterkrankung.

Chajes (23) beschreibt 2 Fälle von Alopezie bzw. Vitiligo, deren Entstehung er Kopftraumen zuschreibt. Er nimmt an, daß durch das Trauma Läsion der betreffenden Hautnerven entstanden sei, die vielleicht durch darauf beruhende leichte Neuritiden oder auch ohne solche zu trophischen Störungen führte. Vitiligo und Alopezia sind öfters kombiniert und werden als Beweis für die trophoneurotische Hypothese der Entstehung der Alopezia areata angeführt.

Infektion.

Scheidemantel (160) hält es für dringend erwünscht, daß die bakteriologische Blut- und Knochenmarksuntersuchung an der Leiche mehr als bisher von den Gerichtsärzten in zweifelhaften Fällen vorgenommen würde. In den meisten zweifelhaften Fragen läßt sich ein richtiges Urteil fällen, wenn die verschieden wichtigen Momente, die Art des Traumas, die individuelle Disposition des Organismus, die Eigenart des Infektionserregers bei der Erörterung des Kausalnexus herangezogen würden.

Psychische Störungen.

Jentsch (87) berichtet über einen vorher gesunden Mann, der nach einem Sturz aus der Höhe verwirrt, ängstlich und gehemmt wurde. Die Störung verschwindet langsam und hinterläßt leichtere Beschwerde bei großer Hitze und Anstrengung und praktisch nicht in Betracht kommende Gedächtnisdefekte. Das gleiche Zustandsbild der Hemmung, Depression, leichtere Verwirrtheit und Gedächtnisschwäche trat noch dreimal, nach 3 resp. 6 Jahren nach dem Unfall auf beim Anblick eines Sturzes aus der Höhe und bei Absturzgefahr. Der periodische Eintritt der nervösen Störungen ist von bestimmten Eindrücken abhängig, welche mit dem einst durchlebten Unfall verknüpft sind. Der eigentliche Unfall hatte selbst keine Unfallfolgen hinterlassen.

Eichelberg (36) kommt zu folgenden Schlüssen: Eine leichte Drucksteigerung der Spinalflüssigkeit allein berechtigt noch nicht zur Annahme einer organischen Veränderung am Zentralnervensystem. Die Lumbalpunktion bei funktionellen Nervenerkrankungen ist nicht gerechtfertigt. Ein Zusammenhang zwischen Unfall und chronischer organischer Erkrankung des Zentralnervensystems muß angenommen werden, wenn die betreffende Erkrankung nicht schon vor dem Unfall bestanden hat, wenn der Unfall verhältnismäßig schwer gewesen ist, und wenn zwischen Unfall und Beginn der Erkrankung ein zeitlicher Zusammenhang besteht.

Quensel (141) berichtet über einen Fall, in welchem als direkte Unfallfolge Co-Vergiftung und dadurch eine melancholische Depression eingetreten war; als Ausfluß der letzteren wurde in unzurechnungsfähigem Zustande Selbstmord begangen. Die Arbeitsfähigkeit des Verunglückten nach der Vergiftung spricht nicht gegen, sondern für den Zusammenhang der Krankheit mit dem Unfall, da diese Zustände manchmal unmittelbar, manchmal aber erst Monate nach der Vergiftung auftreten.

In $2^1/_2$ % der Geisteskrankheiten spielt das Trauma eine ätiologische *Rolle*. Am einwandsfreiesten ist der kausale Zusammenhang, wo der Unfall eine commotio cerebri zur Folge hatte. Nach der Commotio kann sich ein Delirium anschließen, ohne daß Alkoholmißbrauch in Frage kam. Beim Delirium traumaticum kann sich der Korsakowsche Symptomenkomplex entfalten. Das Krankheitsbild des primären traumatischen Irreseins ist das der Amentia resp. Katatonie. Schwieriger liegen die ätiologischen Verhältnisse, falls das Trauma längere Zeit zurückliegt. Beim manisch-depressiven Irresein, bei Hebephrenie und Delirium tremens ist das Trauma bloß ein Hilfsmoment. Die Dementia posttraumatica entwickelt sich aus dem Delirium traumaticum oder ohne solches aus dem Kommotionskoma; sie kann aber auch langsam zutage treten. Die Dementia traumatica ist erheblicher Besserung zugänglich und geht oft mit Verlust ethischer Vorstellungen einher. Echte traumatische Dämmerzustände kommen vor. Arteriosklerose der Hirngefäße infolge gelegentlicher Erschütterung des Schädels ist unwahrscheinlich. Auch ohne jede Verletzung. Durch die erlittene Erregung allein können Psychoneurosen hysterischer Natur bei Psychopathen entstehen. Die Zahl der „traumatischen Neurosen“ wird überschätzt. Es sollen nach **Raecke** (145) ca. 14 auf 2700 Fälle vorkommen.

Maier (109) referiert folgende 2 Fälle: Ein Kutscher erkrankt kurz nach einem leichteren Schädeltrauma an dem ersten Schub einer Katatonie, die aber schon vor dem Trauma Symptome der „latenten Schizophrenie“ (scheues Wesen, oft geistesabwesend, unbegründete Verstimmungen) produzierte. Ein junger Landwirt wird nach einem leicht verlaufenen ersten Schub einer Schizophrenie, der von ihm und der Familie den Ärzten nicht gemeldet wurde, in das Militär eingestellt, macht den ersten Dienst gut mit, erkrankt aber im Manöver später an einem neuen katatonischen Syndrom. Verf. betont, daß das Trauma resp. der Militärdienst nicht für die Grundkrankheit, dagegen für die Auslösung des einzelnen Schubes verantwortlich gemacht werden kann. Die Versicherung hat deshalb keine dauernde Entschädigung, sondern nur die Kurkosten für die durchschnittliche Dauer eines Schubes zu zahlen, die, je nach der Schwere der Grundkrankheit vor dem Trauma, in dem einen Falle mit 9, in dem andern mit 3 Monaten angenommen wird. (*Autoreferat.*)

Dodillet (33) gibt außer 6 von ihm gesammelten Fällen nichts wesentlich Neues in seiner Arbeit. (*Cordes.*)

Räuber (145a) begutachtet auf Anfrage des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung einen Fall von Paralyse, die ein halbes Jahr nach einem Sturz aus 4 m Höhe auf das Gesäß auftrat, dahin, daß die Paralyse Unfallfolge sei. Auch das Gutachten der Provinzialanstalt schließt sich dem an: „Ohne den Unfall wäre die Krankheit möglicherweise gar nicht oder vielleicht erst später ausgebrochen und N. noch lange erwerbsfähig geblieben.“ (*Cordes.*)

Storck (177) gibt 7 Fälle mit Berücksichtigung der Ergebnisse der serologischen Untersuchung und der Rentenfrage. (*Cordes.*)

Bouman (15) nahm in der Amsterdamer Aufnahmeabteilung 54 Fälle von traumatischen Psychosen wahr, 2,7 % der Aufnahmen gehörten dazu.

Davon 11 traumatische Neurose, 11 mit traumatischer Epilepsie, 3 Delirium traumaticum, 4 traumatische Demenz, 7 Korsakow, 3 traumatischer Charakter, 1 Dementia praecox, 1 paranoïde Psychose, 5 Dementia paralytica, 6 Delirium tremens, 1 Kommotionspsychose ohne weitere Diagnose. 1 in Koma gestorben. Traumatisch waren diese Fälle, insoweit ein Trauma die



nächste Ursache zur Aufnahme war, ohne daß Verf. den Zusammenhang damit bewiesen erachtet. Die Krankengeschichten, ausführlich mitgeteilt, geben Verf. Anlaß zu den folgenden Thesen: I. Ein Krankheitsbild, das man traumatische Psychose im eigentlichen Sinne nennen könnte, besteht nicht. II. Der Einfluß des Traumas ist immer ein nebensächlicher. III. Das Trauma kann das Ausbrechen der Psychose beschleunigen oder eine bereits bestehende Abweichung verschlimmern oder abändern. IV. Das Trauma kann dem Krankheitsbild eine eigentümliche Farbe verleihen in der Form der traumatischen degenerativen psychopathischen Konstitution. Die Hauptzüge der Psychose werden von der Art des getroffenen Gehirns bestimmt. Zu den endogenen Faktoren, welche diese Art bestimmen, gehören: angeborene und erworbene Prädisposition und die Altersunterschiede in der Gehirnentwicklung. So wurden die klinischen Bilder, bei welchen die Charakterentartung voransteht, nur bei jugendlichen Kranken beobachtet, die Dementia paralytica nur bei Erwachsenen, und der Korsakow nie unter 50. V. Das Trauma nimmt in der Ätiologie der Psychosen keine andere Stelle ein als andere exogene Ursachen, wie Intoxikation und Infektion. (*Stärcke.*)

Periphere Nerven.

v. Brunn (17) empfiehlt zur Vermeidung von Täuschungen bei Klagen über Ischiasschmerzen die Prüfung auf Druckempfindlichkeit auch außerhalb des Hüftnerven und die Anstellung folgenden Vexierversuches: Patient wird in die Bauchlage gebracht. Bei gestrecktem Hüftgelenk wird das Kniegelenk gebeugt und dadurch an Stelle der Dehnung des Hüftnerven bei dem eigentlichen Versuch nunmehr eine möglichst starke Entspannung dieses Nerven erzielt. Klagen Patienten auch bei diesem Vexierversuch über Schmerzen am Nerven, so sind letztere als simuliert zu betrachten.

Schädelverletzungen.

Hanusa (67) sah hyperalgetische Zonen auftreten nach Schußverletzungen des Schädels, Basisbrüchen und Commotio cerebri. Als Ursache nimmt er eine Läsion des Sympathikus, auch feinster Äste, an. Die Prädilektionsstelle ist das von den Zervikalnerven versorgte Hautgebiet, aber auch die vom Trigeminus versorgten Hautbezirke; auch Zonen bis in die Lumbalsegmente wurden beobachtet. Die Intensität schwankte im einzelnen Falle. Die Zonen können direkt im Anschluß an das Trauma oder nach Tagen bis Monaten auftreten. Sie erlöschen nach Stunden oder Tagen, können aber auch jahrelang enhalten. Die Zonen, welche monate- resp. jahrelang dauern, sind für die Unfallheilkunde von großem praktischem Werte.

Petit (136) berichtet über einen Fall von Schädelverletzung. Längere Zeit nach dem Unfall traten psychische Störungen und Krämpfe auf. 12jähriger nicht belasteter Patient bekam ein schweres Kopftrauma, nach 8 Jahren fängt er an, an Krämpfen zu leiden, im Alter von 35 Jahren treten psychische Störungen hinzu, welche nach weiteren 6 Jahren den Aufenthalt in einer Anstalt erforderlich machen und deutlich zur vollständigen Besserung führen.

Tentoriumzerreissung. Gehirnhautentzündung.

In **Beneke**'s (9) Fall war nach einem Fall auf das Gesicht infolge Anfahrens durch einen Radfahrer, ohne jedes äußere Merkmal und bei intaktem Schädel, ein 2 cm tiefer Querriß des Tentoriums entstanden, was Verf. durch einen hohen Grad von elastischer Biegsamkeit des Schädels erklärt.



Ein Patient hatte 10—12 Tage vor dem Auftreten einer Pneumonie eine geringfügige Kopfverletzung erlitten, die zu der Zeit, als die Pneumonie beobachtet wurde, bereits ausgeheilt war. Patient ging an einer Meningitis, als Komplikation der Lungenentzündung, zugrunde. **Lenzmann** (103) schließt einen Zusammenhang zwischen Unfall und Pneumonie resp. Meningitis aus.

Rückenmarkserkrankungen. Spastische Spinalparalyse. Amyotrophia spinalis progressiva. Tabes. Syringomyelie. Paralysis agitans.

An der Hand von drei anatomisch untersuchten Fällen kommt **Fauth** (48) zum Schluß, daß zum Zustandekommen der traumatischen Höhlen im Rückenmark mehrere Möglichkeiten vorliegen; am häufigsten führen röhren- oder herdförmige Blutungen zu dieser Veränderung doch auch die einfache heftige Erschütterung und auch die sich an Kompression des Rückenmarks infolge von Trauma anschließende Lymphstauung kann derartige Syringomyelie im Gefolge haben.

Wolfer (201) berichtet über einen 42jährigen Mann, der nach einem Trauma vor 7 Jahren eine Lähmung der Extremitäten davontrug. Die Lähmung ging bis auf den linken Arm zurück, im Laufe der Jahre Fortschreiten der Sensibilitätsstörungen und der Lähmungen auf den anderen Arm. Stimmbandlähmung, Hirnnervenlähmungen. Aus dem Verlauf diagnostiziert Wolfer Hämatomyelie mit nachfolgender Syringomyelie.

Quensel (142) kommt in seinem Gutachten zum Schluß, daß die Paralysis agitans in seinem Falle als Unfallfolge nach einer vor ca. 5 Jahren erfolgten Verletzung der rechten Hand zu betrachten sei.

Flatau (51) berichtet über einen Fall von Paralysis agitans, der nach Schreck entstanden war. Der Zusammenhang mit dem Unfall wurde anerkannt. Entwickelt sich diese Krankheit unmittelbar nach einem Unfall bei einem jungen Individuum, so ist das Trauma als ätiologisches Moment zu beschuldigen.

Schultze (165) spricht sich an der Hand von drei Gutachten gegen die traumatische Entstehung der Tabes aus; eine Verschlimmerung der Tabes durch Trauma sei auch nur sehr selten.

Ein angestrengt Arbeitender empfand plötzlich Schwäche und Kribbeln im linken Bein und fiel auf einen Holzhaufen. Danach starke Rückenschmerzen, sehr bald Bein- und Blasenlähmung. **Ruhemann** (151) nahm ein organisches Rückenmarksleiden an, lehnte jedoch seine Entstehung durch den Betriebsunfall ab, da seiner Ansicht nach das Leiden schon früher bestanden haben muß. Ein anderer Gutachter nahm eine durch den Unfall entstandene Rückenmarksblutung an. Derselben Ansicht waren zwei andere Gutachter, die vom Reichsversicherungsamt hinzugezogen wurden. Die Rente wurde abgelehnt, da das Reichsversicherungsamt den Fall als Folge der Erkrankung ansah, und nichts dafür sprach, daß die Erkrankung durch den Fall verschlimmert worden wäre.

Sarbo (158) berichtet über einen Fall von spastischer Spinalparalyse bei einem ca. 40jährigen Manne; das ätiologische Moment sieht Verf. darin, daß der betreffende Patient, um seine gescheuten Fohlen zurückzuhalten, sich mit äußerster Kraftentfaltung mit den Füßen dem Bocke entgegenstemmte und mit den Armen krampfhaft die Zügel anspannte. Dazu kam noch der psychische Chok, der noch gesteigert wurde, als Patient zwischen zwei elektrischen Wagen kommend, einen anderen ihm entgegenfahrenden Wagen erblickte. Die Erkrankung der Py-Bahnen erklärt Sarbo durch die Anstrengung der kortikospinalen Bahn, welche die Aufgabe hatte, die richtige



Koordination der angespannten Muskulatur zu überwachen und die Muskeln in Spannung zu halten. Ein ähnliches Trauma überstand Patient schon vor ca. 5 Jahren. Sarbo sieht in der Überanstrengung der Py-Bahn die Ursache der Erkrankung, die er als Unfallfolge auffaßt.

Bei einem bis dahin gesunden Manne entwickelte sich im Anschluß an eine außerordentliche Anstrengung der rechten Hand eine spinale progressive Muskelatrophie, die sich auf den rechten Arm beschränkte. **Erb** (43) nahm als Obergutachter den Zusammenhang mit dem Unfall an. Zur Erklärung der schädlichen Wirkung der Muskelüberanstrengung zieht Verf. die Edingersche Aufbrauchhypothese heran. Auch eine einmalige starke Muskelanstrengung kann als dasjenige Moment angesehen werden, welches in den motorischen Apparaten eine zunächst nur chemische oder molekuläre Stoffwechselstörung einleitet, die dann weiter besteht und sich zur dauernden und selbst progressiven Krankheit entwickelt. Verf. bringt 16 Fälle, wo die Kommotio, zwei, wo reine Überanstrengung und drei, in denen sowohl Kommotio als Überanstrengung die Ursache für die Entwicklung chronisch progressiver Erkrankungen der spinalen großen Vordersäulen waren.

Harms (68) belegt sein Thema mit einem Fall nebst Gutachten. Das Gutachten, das von den Gutachtern verschieden abgegeben wird, beweist, wie schwer oft der Zusammenhang zwischen Trauma und folgender Erkrankung zu erklären ist. (*Cordes.*)

Schmücking (162) betont, wie schwer der Zusammenhang zwischen multipler Sklerose und Trauma oft nachzuweisen ist, und bringt 3 Fälle zum Thema. (*Cordes.*)

Arteriosklerose.

Pickenbach (138) wirft die Frage auf, ob es berechtigt sei, eine kleine Wunde bei älteren Personen für eine später auftretende Arterienverkalkung verantwortlich zu machen? Anlaß zu dieser Fragestellung gab ihm ein Fall, wo eine oberflächliche Rißwunde am Unterschenkel, die Patienten zwang ca. 2 Wochen das Bett zu hüten, den Obergutachter veranlaßte, im Krankenlager das Bindeglied zwischen dem Unfall und der Arteriosklerose zu erblicken.

Geschwülste.

Weygandt (195) bespricht an der Hand eines Falles von Brückenwinkeltumor, bei dem er dem Unfall weder eine auslösende, noch eine verschlimmernde Wirkung zuschreibt, da Gehörstörungen schon seit Jahren, Sehstörungen schon seit Monaten vor dem Unfall bestanden hatten, den Einfluß eines Traumas auf die Entstehung der Hirngeschwülste. Weygandt wendet sich mit Recht gegen die ziemlich oft betonte Annahme des ätiologischen Zusammenhanges zwischen Hirntumor und Trauma. Auch dem Erklärungsversuch, daß durch ein Trauma dem bereits in Entwicklung begriffenen Tumor eine gesteigerte Vitalität verliehen wird, mißt Verf. keine Bedeutung bei.

Bei einem gefäßreichen Gliom kann freilich eine Kopfverletzung eine Blutung verursachen, doch müssen dann die entsprechenden Symptome sofort nach dem Unfall auftreten. Im Weygandtschen Falle war es sehr bedauerlich, daß Patient nicht zur Operation veranlaßt werden konnte, da die Sektion eine enukleierbare Geschwulst im Brückenwinkel zutage förderte.

Lubarsch (104) hält es nicht für berechtigt, ein Trauma als einen direkt auslösenden Reiz für die Geschwulstentwicklung anzusehen, sondern nur dann, wenn durch dieses Trauma sich über längere Zeit hinziehende



Gewebsveränderungen zustande kommen; in solchen Fällen ist es aber auch nicht erforderlich, daß die Geschwulst genau an der Stelle auftritt, wo das Trauma eingewirkt hat. Ein verschlimmender wachstumsbeschleunigender Einfluß eines Traumas auf ein bereits bestehendes Gewächs kann nur dann mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden, wenn 1. die Gewalteinwirkung eine derartige war, daß sie den Zellstoffwechsel beeinflussende Störungen in den Gewächsen hervorrufen konnte, 2. das Wachstum der Neubildung ein ungewöhnlich schnelles war und 3. die histologische Untersuchung der Geschwulst deutliche Spuren einer Gewalteinwirkung und Anzeichen einer ungewöhnlichen Wachstumsgeschwindigkeit aufdeckt. Die Bildung der Metastasen und ihre Lokalisation kann durch ein Trauma bewirkt werden.

Bürger (20) berichtet über einen 45jährigen Mann, der durch den Treibriemen einer Maschine einen Schlag an den Kopf, Quetschung der rechten Hand und des rechten Zeigefingers erlitten hatte; danach Ohnmacht, bisweilen Schwindel. Im Laufe des folgenden Jahres Kopfschmerzen, Schreckhaftigkeit, Magenbeschwerden. 2 Jahre nach dem Unfall linksseitige Lähmung; später psychische Störungen. Nie Stauungspapille. 7 Jahre nach dem Trauma Exitus. Bei der Sektion erwies sich ein Gliom im hintersten Abschnitt der Caps. int. d. Der Zusammenhang mit dem Unfall wird als wahrscheinlich anerkannt.

Geruchsorgane.

Seifert (170) berichtet über zwei Fälle von Anosmie. In dem einen handelte es sich um eine durch Trauma des Kopfes bedingte essentielle Anosmie bei einem Zigarrenhändler, beim anderen um durch Projektion erzeugte essentielle Anosmie bei einem Metzgermeister. Beide Patienten waren in ihrem Berufe beeinträchtigt worden. Seifert hält für solche Fälle eine Entschädigung von 15—20%—25% oder Vollrente für berechtigt.

Ohrenerkrankungen.

Hirsch (79) weist auf die Notwendigkeit einer durch den Otiater kurz nach dem Unfall vorzunehmenden Ohruntersuchung hin. Hirsch bespricht die verschiedenen Arten der Hörprüfung und geht eingehender auf die Untersuchung der Labyrinthstörung ein. Vier Fälle illustrieren die Ausführungen des Verf.s, die sich zu einem kurzen Referat nicht eignen.

Auge.

Harms (69) berichtet über zwei Betriebsunfälle (körperliche Anstrengungen und Fremdkörperverletzungen, in einem Fall mit nachfolgendem Reiben des Auges) mit dabei oder kurz darauf entstandener einseitiger Erblindung durch Verschluß der art. centr. retinae, auf Grund deren Harms eine Entschädigung für die betroffenen Versicherten beansprucht.

Rupprecht (154) bespricht in gedrängter Kürze die verschiedenen Punkte bei Verlust eines Auges bei normalem anderen, bei Aphakie, bei einseitiger, resp. doppelseitiger Herabsetzung der Sehschärfe; ferner werden in Betracht gezogen Gesichtsfeldstörungen, Augenmuskellähmungen, Keratitis parenchymatosa und schließlich die Herabsetzung der Sehstörung vor dem Unfall berücksichtigt.

Hildebrandt's (74) Patient fiel aus ziemlicher Höhe auf den Kopf; er war sofort danach bewußtlos und, als er wieder zu sich kam, auf dem linken Auge blind. Vier Wochen darauf wurde eine Optikusatrophie nachgewiesen. Auf der Stirn befindet sich ein Konvolut pulsierendes Venen in einer Aus-



dehnung vom linken Auge bis zum rechten Ohr. Außer der Verletzung des N II durch Bruch des Knochens im foramen opticum nimmt Hildebrandt eine direkte Verbindung zwischen einer Arterie und Vene an, infolge der Verletzung von Blutgefäßen. Hildebrandt sah Patient 17 Jahre nach der Verletzung und fand die Hauptsymptome des Exophthalmus pulsans: Vorreibung des Augapfels mit freilich nur geringer Pulsation desselben, ein sausendes Geräusch über dem Schädel in einer neben dem Auge befindlichen pulsierenden Geschwulst.

Elektrizität, Blitzschlag, Sonnenstich.

Bram (16) betont, daß eine Differentialdiagnose zwischen Sonnenstich und Hitzschlag von großer Bedeutung ist, da die Behandlung in beiden Fällen ganz verschieden ist. Verf. schildert eingehend die Symptome der beiden Erkrankungen, ihre Ätiologie, Diagnostik und Therapie.

Weisenburgh (193) berichtet über zwei Fälle von psychischen Störungen nach Sonnenstich resp. Hitzschlag. Im ersten Falle traten Erscheinungen zerebellarer Ataxie auf, die auch bei Bewegungen der Zunge sich bemerkbar machten. Im zweiten Falle verursachte bei einem Koch eine große Hitze in der Küche Muskelkontraktion. Interessant ist der Umstand, daß dieser Patient in seiner Kindheit an einer Poliomyelitis eines Beines litt. Die Muskelkontraktion war in beiden Beinen zu beobachten, was Weisenburgh veranlaßt, anzunehmen, daß die Spasmen nicht durch Läsion des Nervensystems sondern der Muskeln bedingt ist.

Meyer (121) berichtet über drei Arbeiter, die während eines heftigen Gewitters auf einem Neubau tätig waren und in gleichem Augenblick abstürzten. Alle trugen schwere Verletzungen davon. Weder am Körper noch an den Kleidern fanden sich Zeichen von Blitzwirkung. Meyer nimmt an, daß der Unfall durch Schwankungen des Blutdruckes hervorgerufen wurde. Bemerkenswert erschienen Meyer die Angaben der Verletzten über ihre Empfindungen vor resp. im Momente des Sturzes und die Verschiedenheit in der Störung des Gedächtnisses für die Unfallszeit.

Bei einem Verletzten **Ascher**'s (3), welcher durch einen elektrischen Schlag — Gleichstrom von 220 Volt — getroffen wurde, entwickelten sich bald darauf psychische Veränderungen, die bloß vorübergehend waren; nebenbei bestand eine linksseitige Hemiparese. Ascher nimmt an, daß der elektrische Strom zu einer krankhaften Veränderung der Hirnsubstanz in der Gegend der r. f. Sylvii geführt hat, und daß die Demenz eine Folge sei der organischen Schädigung des Gehirns durch den elektrischen Strom.

Eulenburg (47) erklärt in seinem ausführlichen Gutachten es für sehr unwahrscheinlich, daß ein elektrischer Unfall eine Tetanie und weiter den tödlichen Ausgang herbeiführen könne.

23 jähriger Straßenbahnschaffner wurde mit beiden Händen in 450 bis 500 Volt Wechselstrom eingeschaltet. Die Unfallfolgen waren zunächst geringfügig, nach 14 Tagen trat ein epileptischer Anfall auf, der sich alle zwei Wochen wiederholte. Nebenbei bestanden Reizbarkeit, Abnahme des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit. **Jolly** (88) nimmt an, daß durch die Elektrizität im Gehirn derartige materielle Veränderungen entstehen, die epileptische Anfälle auslösen können, ohne daß in vivo etwas auf diesen Veränderungen hinweist.

Die Gefahr ist am größten, wenn das Herz zwischen die beiden Pole zu liegen kommt. **Andrejeff** (2) verwirft die Massage und Elektrisierung als Wiederbelebungsversuche des Herzens. Beim Tierexperiment erwies es sich nützlich, bald nach der Schädigung durch den elektrischen Strom einen



Katheter in die Karotis einzuführen und KCl mit Ringerscher Lösung einzuführen.

Hiller (77) bestreitet Steinhausens Auffassung des Hitzschlags als Psychoneurose verursacht durch das kalorische Trauma. Es mangle an der Unterscheidung von Krankheit und Individium. Dies habe auch bei Deutung anderer Krankheiten zu Fehlschlüssen geführt. Die psychopathische Konstitution allein mache beim Hitzschlag noch keine Erkrankung. Das auslösende Moment sei für die Erkrankung die Marschleistung, die mangelhafte Ernährung des Gehirns und der Nerven durch sauerstoffarmes Blut. Alsdann gibt Verf. acht Fälle als Beweis dafür, daß die sogenannten merkwürdigen Fälle, d. h. die, die abweichenden klinischen Verlauf nahmen, häufig durch die Sektion, die viel zu selten bei Hitzschlag gemacht wurde, geklärt werden. (*Cordes.*)

Nach näherer Schilderung dieser Hitzschlagform, deren Prozentsatz im preußischen Heer 60,5% beträgt, verbreitet sich **Hiller** (76) über die Veränderungen des Blutes in chemischer und anatomischer Hinsicht. Diese Veränderungen werden beeinflußt durch den Muskelstoffwechsel, den gesteigerten Eiweißzerfall, die Schweißabsonderung, da plötzliche Unterdrückung sowie die vorkommende Anurie von übelster Bedeutung hierfür sind. Die vier Hauptsymptome dieser Hitzschlagform sind: Koma, Krämpfe, Erbrechen, Durchfall, hohe Temperaturen. Die Krämpfe ähneln den urämischen. Die Krämpfe verschlimmern den Krankheitszustand durch Verstärkung der Fleischmilchsäure im Blut und durch Störungen der geschädigten Blutzirkulation. Verf. empfiehlt aufs Wärmste bei diesen Hitzschlagformen Behandlung mit Blutentziehung durch Aderlaß, die mit gutem Erfolge von ihm und anderen schon in solchen Fällen angewandt wurde. (*Cordes.*)

Diagnose.

Ein Nachweis, daß der Kopfschmerz nicht besteht, ist ganz unmöglich; oft läßt sich aus dem Verhalten des Patienten — Bewegungen werden vermieden, veränderter Gesichtsausdruck, Lichtscheu — ein gewisser Schluß ziehen. Bei einseitigem Kopfschmerz findet man manchmal die Temporalis auf der betreffenden Stelle stärker pulsierend, resp. einseitige Gesichtsröte, resp. -blässe. **Flatau** (52) erinnert daran, daß Nephritis, Arteriosklerose, syphilitische und tuberkulöse Knochenschwellungen und Tumoren ausgeschlossen werden müssen.

Franck (53) schlägt vor, die Maßangaben auf folgende Stellen zu beschränken: An den oberen Extremitäten: 1. Das Maß um die Höhe des Deltamuskels bei wagerecht gehaltenem Arm, 2. um die Mitte des Oberarms bei wagerecht gehaltenem Arm, 3. bei der Höhe des Muskelwulstes der radialen Seite des Vorderarmes, 4. Umfang der Hand ohne den Daumen. An den unteren Extremitäten: 1. in der Gesäßfalte, 2. um den größten Umfang der Wade.

Eine im Anschluß an eine Knochen- oder Gelenkverletzung zurückgebliebene Muskelabmagerung bedingt nach genügendem Zeitablauf für sich allein keine meßbare Beschränkung der Erwerbsfähigkeit mehr.

Kompaneitz (95) stützt seine Resultate auf Untersuchung des Gehörs bei 150 Personen mit herabgesetztem Gehör und 326 Unfallkranken. Nach jedem Kopftrauma muß eine Gehöruntersuchung vorgenommen werden. In der Mehrzahl (91,2%) klagten die Unfallkranken über Herabsetzung des Gehörs und bloß 8,8% über Taubheit. In 41,4% wurde bloß über Gehörstörung geklagt, sonst über die Kombination mit anderen nervösen Beschwerden. Die otoskopische Untersuchung war in 33% aller Fälle normal. Weber,



Reima, Schwabach, Herabsetzung der unteren und oberen Hörgrenze sind einzeln genommen für die Deutung belanglos. Das Wannersche Symptom — Verkürzung der Knochenleitung nach Schädelbruch bei normalem Gehör — ist nicht immer vorhanden. Die Tonlücken und Toninseln erwiesen sich in einem Falle als simuliert. Die verschiedenen Methoden zur Erklärung der simulierten Taubheit (Choos, Schwartze, Coggin, Detrerney und Gowscjeff) sind eventuell bloß dann ausreichend, wenn einige Methoden gleichzeitig angewandt werden; noch besser ist eine wiederholte und genaue Funktionsprüfung des Gehörs.

Unzweifelhafter Zusammenhang der Ohrerkrankung mit dem Unfall 6,9 %. Möglicher Zusammenhang 8,0 %. Simulation 28,5 %. Aggravation 56,6 %.

Kutschera (99) gibt eine Krankengeschichte mit nachfolgendem Gutachten. Das Gutachten erkennt auf 10 % für die Dauer eines halben Jahres, um dem Untersuchten nicht Unrecht zu tun und ihm den Übergang zur früheren Erwerbstätigkeit zu ermöglichen, da die Geisteskrankheit nur simuliert, der Simulant aber immerhin eine Störung des nervösen Gleichgewichts erlitten habe, die noch nicht behoben sei. Die Details bringen manches Interessante, sind aber nicht referierend wieder zu geben. (*Cordes.*)

Cramer (28) bespricht in seinem Vortrage an der Hand von Beispielen der einzelnen Gelenken die nach Verletzungen zurückbleibenden Störungen des Bewegungsapparates. Der Reihe nach berücksichtigt Verf. den statischen und traumatischen Plattfuß, den traumatischen X-Fuß, die Sudecksche akute Knochenatrophie, die früher der Gelenkneurose und der Simulation zugeschoben wurde und bei der Röntgenaufnahme deutlich zutage tritt, die Schwächezustände nach Kontusion des Kniegelenks, die rezidivierenden Anschwellungen desselben, die inneren Gelenkverletzungen des Knies, die Muskelatrophie des Quadrizeps nach Traumen, die Atrophie der Glutäen nach solchen, die intatraumatischen Folgezustände an der Wirbelsäule, die Bewegungsstörungen des Oberarms als Unfallsfolgen, die Ellenbogengelenkverletzungen und Luxationen und Brüche der kleinen Karpalknochen.

Anpassung und Gewöhnung.

Knepper (94) führt sechs Fälle an, die in hohem Maße die mehr oder weniger volle Anpassung an ausgedehnte Defekte dartun; letztere verdankten zwar einer Verletzung ihre Entstehung, berechtigten aber nicht zu einer pekuniären Entschädigung. Knepper wendet sich dagegen, daß bei der Begutachtung dergleichen Verletzter mit Unrecht zuviel Gewicht darauf gelegt wird, daß diese Unfallskranken keine Beschäftigung finden.

Natzler (132) ermahnt an der Hand zweier Fälle, bei denen auch das Röntgenbild wertvolle Aufschlüsse gegeben hatte, der Gewöhnung an Unfallsfolgen als Besserung mehr Gewicht beizulegen, als es meist geschieht.

Heilbronner (71) wendet sich nach Festlegung des Begriffs Gewöhnung und Skizzierung der Giftgewöhnung in hauptsächlichen Umrissen zu der Gewöhnung an bestimmte, auf gewisse Organe und Funktionen beschränkte Reize, indem er von der Auffassung Pawlows ausgeht, um zu einer einheitlichen Darstellung aller hierher gehörenden Erscheinungen zu gelangen. Er betrachtet Adoptionsanomalien, Erziehung usw. unter diesem Gesichtspunkte und geht auch auf forensische Bedeutung und endlich therapeutische Beeinflussung ein. Der Meinung, daß Sexualanomalien als angeboren betrachtet werden müssen, tritt er entgegen und glaubt an ihre Entstehung auf Grund von Gewohnheitsmechanismen. Verf. weiß seinem Thema in jeder



Hinsicht interessante Momente abzugewinnen, und empfiehlt sich die Lektüre der Darstellung im Zusammenhang, besonders auch für nicht psychiatrische Kreise. (*Cordes.*)

Bei Anpassung an Defekte setzt beim Verletzten nicht selten eine Änderung seiner Arbeitsart voraus; die Gewöhnung gestattet dem sogenannten „qualifizierten Arbeiter" beim erlernten Berufe zu bleiben. Für die Prognose des Grades der zu erwartenden Gewöhnung an Unfallsfolgen sind außer Intelligenz, Willenskraft und Charakter des Verletzten, der Allgemeinzustand, das Alter, der Beruf des Verletzten und besondere Umstände des Falles von Bedeutung. **Bum** (18) bespricht die Prinzipien der chirurgischen Therapie, um möglichst günstige Bedingungen für nachfolgende Gewöhnung zu erzielen.

Behandlung.

Quensel's (143) Jahresbericht entnehmen wir, daß in die Anstalt „Bergmannswohl" im Laufe des Jahres 1911 — 1220 Kranke aufgenommen wurden. 284 Fälle werden zur Behandlung zugewiesen, von diesen wurden 252 mit Erfolg, 32 ohne solchen behandelt. Die besten Resultate ergeben wie immer die frischen Fälle. Das Prinzip der Beschäftigungsbehandlung wurde beibehalten. Einer tabellarischen Übersicht entnehmen wir, daß das Krankenmaterial ein sehr mannigfaltiges war, wenngleich in erster Reihe die funktionellen Erkrankungen stehen. Die Anstalt ist in erfreulicher Entwicklung begriffen.

Aus **Laquer**'s (101) Büchlein spricht eine große persönliche Erfahrung und eingehende Kenntnis der entsprechenden Literatur. Der Wert der Darstellungen wird durch die Katamnesen bei 27 Fällen erhöht. Die Schlußsätze des Verf. beanspruchen volle Anerkennung. Die allzu rasche Gewährung einer Dauerrente an Unfallneurotiker, ihr langjähriger Bezug und langausgedehnte Beobachtungen in Heilanstalten sind der Heilung meist hinderlich. Eine Kapitalszahlung hilft den Kranken in rascher Weise über die nervösen Unfallsfolgen weg. Die Entschädigungssumme darf nicht zu hoch bemessen werden, um unberechtigten Bereicherungsideen in weiten Kreisen der Bevölkerung entgegenzutreten. Um die Folge von diagnostischen Irrtümern einzuschränken, soll bei Unfallsneurosen etwa fünf Jahre lang nicht zu kleine Teilrenten zum Zwecke der Schonung gezahlt werden. Dann aber ist der Anspruch durch einmalige Kapitalabfindung endgültig zu erledigen. Wenn die Kapitalabfindung — eventuell in zwei Raten — in Aussicht genommen ist, so soll die letzte Untersuchung und Entscheidung durch ein mehrgliedriges ärztliches Schiedsgericht vorgenommen werden, dem mindestens einer der behandelnden Ärzte des Verletzten angehören muß.

Medikamentöse Therapie der Nervenkrankheiten.

Ref.: Dr. S. Kalischer-Schlachtensee-Berlin und Dr. A. Münzer-Schlachtensee-Berlin.

1. **Alexander, W.**, Ueber die Behandlung von Neuralgien des 2. und 3. Trigeminusastes mit Alkoholinjektionen. Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit des Herrn Prof. Braun (diese Wochenschr. 1911, No. 52). Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 6. p. 271.
2. Derselbe und **Unger, E.**, Zur Behandlung schwerer Gesichtsneuralgien. Berl. klin. Wochenschr. p. 2328 (Sitzungsbericht.)
3. **Alsina, A. A.**, La avariosis y el 606. Semana Medica. XIX. No. 13.



4. Alt, Konrad, Weitere Erfahrungen mit 606 (Salvarsan). Zeitschr. f. Chemotherapie u. verwandte Gebiete. II. Teil. Referate. H. 1. p. 1.
5. Ammann, R., Die Brombehandlung der Epilepsie. Die Therapie der Gegenwart. No. 12. p. 535.
6. Anders, J. M., Salvarsan in Treatment of Various Forms of Syphilis, with Report of Twenty New Cases. Monthly Cyclopedia and Med. Bull. July.
7. Andronescu, Eug., Die Anwendung des Salvarsans bei hereditärer Lues. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 16. p. 761.
8. Beiträge zur Bestimmung des Morphins in Opiaten, speziell im Pantopon „Roche". Archiv f. Pharmazie. No. 3. p. 186.
9. Arzt, L., und Kerl, W., Über die Beeinflussung der Atoxylwirkung durch Organbrei. Wiener klin. Wochenschr. No. 38.
10. Ascoli, A., Salvarsan in Italien. Sammelreferat der Arbeiten, die in der Zeit vom 1. Oktober 1911 bis 1. August 1912 in Italien erschienen sind. Zeitschr. f. Chemotherapie. Referate. H. 9. p. 904.
11. Assmann, H., Ueber Störungen des Nervensystems nach Salvarsanbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des Verhaltens der Zerebrospinalflüssigkeit. (Neurorecidive". Ein Salvarsantodesfall.) Berl. klin. Wochenschr. No. 50—51. p. 2346. 2414.
12. Derselbe, Symptomatologie und Verhalten des Lumbalpunktats bei Neurorezidiven nach Salvarsan. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1860.
13. Audry, Ch., Pour et contre l'arsénobenzol. La Province médicale. No. 2. p. 11.
14. Azua, Juan de, Neurosyphilis post-salvarsanique chez un secondaire. Paralysie faciale double. Labyrinthite. Paralysie partielle du moteur oculaire commun. Revista clin. de Madrid. No. 16. p. 138—143.
15. Babinski, J., et Jarkowski, J., Etude comparative des limites de l'anesthésie organique et de l'anesthésie psychique. Revue neurol. 2. S. p. 144. **(Sitzungsbericht.)**
16. Bachem, C., Über Luminal. Schmidts Jahrbücher. Bd. 315. H. 2. p. 113.
17. Derselbe, Codeonal, ein neues Narkotikum und Hypnoticum. Berl. klin. Wochenschr. No. 6. p. 260.
18. Badermann, G., Zur Bekämpfung der Schlafkrankheit in den deutschen Schutzgebieten. Dtsch. Krankenpflege-Ztg. No. 19. p. 293.
19. Baer, Max, Ueber Veronazetin, ein aus mehreren Komponenten zusammengesetztes Hypnoticum und Sedativum. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 9. p. 472.
20. Baglioni, S., Fisiologia e Pedagogia. Rivista pedagogica. Anno V. fasc. II.
21. Bain, William, Pharmacology and Therapeutics of Lecithin and Phytin. The Lancet. I. p. 918.
22. Ballenger, E. G., and Elder, O. F., Salvarsan in Treatment of Syphilis. Journal of Med. Assoc. of Georgia. Sep. 11.
23. Balzer, F., Contribution à l'étude des injections huileuses intramusculaires d'arsénobenzol et principalement de Néosalvarsan. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 7. p. 343.
24. Derselbe et Champtassin, P. de, Périnévrite sciatique consécutive à une injection intramusculaire d'arsénobenzol, traitement par la mécanothérapie. ibidem. No. 5. p. 211.
25. Derselbe et Condat, Mlle, Méningo-encéphalite mortelle sonsécutive à deux injections intraveineuses d'arsénobenzol. ibidem. No. 1. p. 48.
26. Bardet, G., Les antinévralgiques antiseptiques. (Nouvelle série d'antinévralgiques.) Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIV. No. 20. p. 753.
27. Baril, G., Etude sur les rapports cliniques du 606 avec l'oreille interne. Revue hebd. de Laryngol. No. 9. p. 241.
28. Derselbe, Clinical Report of the Effects of „606" on the Middle Ear. The Laryngoscope. Vol. 22. No. 7. p. 981.
29. Barth, Otto, Ein Beitrag zur Wirkung der Opium-Alkaloide unter besonderer Berücksichtigung des Pantopons. Arch. f. experim. Pathologie. Bd. 70. H. 4. p. 258.
30. Bass, Robert, Zur Theorie der spezifischen Arzneiwirkungen. Prager mediz. Wochenschr. No. 12. p. 143.
31. Bayet, und Behaeghel, Salvarsanbehandlung. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. 3. 329. **(Sitzungsbericht.)**
32. Beck, Ueber Jodostarin „Roche". Münch. Medizin. Wochenschr. No. 41. p. 2232.
33. Beck, J. C., Wassermann Reaction and Salvarsan in Diagnosis and Treatment of Syphilis in Ear, Nose and Throat Affections, with Special Reference to Auditory Nerve. Annals of Otology. Sept.
34. Beck, Oscar, Beiderseitige isolierte Vestibularausschaltung bei mit Salvarsan behandelter Lues. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 774. **(Sitzungsbericht.)**
35. Derselbe, Otiatrische Indikationen und Kontraindikationen für die Salvarsanbehandlung der Syphilis. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 35. p. 1905 und The Laryngoscope. Vol. 22. No. 9. p. 1077.



36. Becker, Werner H., Einige neue Präparate vom Schlafmittelmarkt. Moderne Medizin. No. 11. p. 238.
37. Belin, Milian und Amodout, Syphilitische Reinfektion nach Behandlung mit Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 958. (Sitzungsbericht.)
38. Benario, J., Zur Frage der Neurorezidive. Entgegnung auf die Ausführungen des Herrn Prof. Finger. Wiener mediz. Wochenschr. No. 9. p. 583.
39. Derselbe, Zur Frage der Neurorezidive. Entgegnung auf die „Erwiderung" des Herrn Prof. Finger. — Tatsächliche Berichtigung zu der „Entgegnung" des Herrn Dr. Benario von Prof. Dr. Finger. ibidem. No. 11. p. 726. 727.
40. Derselbe, Über „Neurorezidive". Zeitschr. f. Chemotherapie. Referate. H. 1. p. 40.
41. Derselbe, Über die sog. Neurorezidive, deren Aetiologie, Vermeidung und therapeutische Beeinflussung. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 43.
42. Derselbe, Bemerkungen über die Häufigkeit und Hochgradigkeit der Neurorezidive nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 40. p. 2172.
43. Benda, Ernst, Salvarsan in der Augenheilkunde. Wiener mediz. Wochenschr. No. 27. p. 1832.
44. Benedek, Ladislaus. Die Behandlung der Schlaflosigkeit mit Luminal. Wiener klin. Wochenschr. No. 42. p. 1571. u. Gyogyaszat. 52. 560.
45. Benke, R., Lösliches Aspirin. Berl. klin. Wochenschr. No. 29.
46. Berg, A., Engelmann, G. v., Grot, R. v., Hildebrand, H., und Schwarz, Ed., Zur Salvarsantherapie. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 117. (Sitzungsbericht.)
47. Berger, Fritz. Statistisches und Klinisches zur Salvarsantherapie der Syphilis. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 15. p. 808.
48. Berneaud, Über die Nebenwirkungen der intravenösen Salvarsaninjektion. Die Therapie der Gegenwart. No. 2. p. 75.
49. Berneker, Oswald, Über das Overlachsche Trivalin. Dermatolog. Wochenschr. Bd. 55.
50. Berner, Agnes, Über die narkotischen Eigenschaften der Solanaceen. Zeitschr. f. experim. Pathol. 1911. Bd. IX. H. 3. p. 571.
51. Bernheim, Einstweilige Erfahrungen über Neosalvarsan. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1040.
52. Derselbe, Klinische Erfahrungen über intravenöse Infusionen saurer Salvarsanlösungen. Arch. f. Dermatol. Bd. CXIII. p. 91.
53. Bertarelli, E., Pro e contro i sanatorii. Il Morgagni. Parte II. (Rivista.) No. 25. p. 396.
54. Bettmann, Über zerebrale Erscheinungen nach Salvarsaninjektionen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1686. (Sitzungsbericht.)
55. Derselbe, Neosalvarsan. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2292.
56. Beyerhaus, G., Klinische Erfahrungen mit Codeonal. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 9. p. 405.
57. Biggs, George Nixon, Congenital Syphilitic Deafness Treated by Salvarsan. Brit. Med. Journal. II. p. 348.
58. Billig, Ernst, Untersuchungen über Dormiol, ein neues Schlafmittel. Inaug.-Dissert. Giessen.
59. Bingel, Adolf, Über „Salvarsanfieber". Die Therapie der Gegenwart. No. 7. p. 294.
60. Birnbaum, R., Zur Therapie der nervösen Pollakurie (Kystospasmus autorum). Der Frauenarzt. No. 2. p. 50.
61. Bishop, Ernest L., Morphinism and its Treatment. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 20. p. 1499.
62. Bistis, J., Ueber die nach Arsenobenzol auftretenden Augenkomplikationen und ihre Bedeutung. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. 28. H. 2—3. p. 150.
63. Blum, Richard, Über Hydropyrin-Grifa. Zentralbl. f. die ges. Therapie. Juli. p. 339.
64. Boehme, Hermann, Ueber Salvarsan. Schmidts Jahrbücher. Bd. 310. p. 63 und Bd. 315. p. 115.
Derselbe, Salvarsan. ibidem. Bd. 311. p. 77.
65. Boehncke, K. E., Ueber die Bedeutung des Salvarsans für die Steigerung des Wertgehaltes der Immunsera. Berliner klin. Wochenschr. No. 25. p. 1176.
66. Derselbe, Die Beeinflussung der Intensität der Immunkörperbildung durch das Salvarsan. Zeitschr. f. Chemotherapie. Originale. Bd. I. H. 2. p. 136.
67. Bogner, Fr., Adamon, ein neues Sedativum. Medizin. Klinik. No. 2. p. 63.
68. Böhmig, H., Über Ureabromin. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 47. p. 473.
69. Bonnet, L. M., Myélite syphilitique. Succès du Salvarsan. Lyon médical. T. CXIX. p. 819. (Sitzungsbericht.)
70. Boos, William F., The Salvarsan-Calomel Treatment of Syphilis. The Boston Med. and Surg. Journal. Vol. CLXVII. No. 12. p. 389.
71. Derselbe, Alcohol as a Drug. ibidem. July 18.

72. Boschi, G., e Gatti, G., Contributo alla terapia oppiacea (Il Pantopon Roche). Rassegna di Studi psich. II. fasc. 2.
73. Brand, A. T., A Note on Treatment by Reflex Stimulation of the Vagus Centre. The Lancet. I. p. 1756.
74. Breyner, Mello, und Lapa, Alvaro, Casos de neuro-recidiva depois do tratamento pelo salvarsan. A medicina contemporanea. 30. 89.
75. Brocq, C., Comment nous pensons qu'on peut et qu'on doit à l'heure actuelle employer le Salvarsan. Ann. de Dermatol. T. III. No. 12. p. 669.
76. Derselbe, Fernet et Françon, Statistique de cas de syphilis traités par le Néosalvarsan. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 7. p. 375.
77. Broden, A., Rodhain, J., et Corin, G., Le Salvarsan et la Trypanose humaine. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 16. No. 22. p. 749.
78. Brodski, Salvarsan in der Therapie des Centralnervensystems. Russk. Wratsch. No. 17.
79. Brookes, W. C., Opium Cures, „Combretum Sundaicum" and „Antipav". Indian Med. Gazette. Sept.
80. Brückler, Otto, Kasuistischer Beitrag zu den als „anaphylaktoid" beschriebenen Erscheinungen nach wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1587.
81. Bürgi, Emil, Über wirkungspotenzierende Momente in Arzneigemischen. Medizin. Klinik. No. 50—51. p. 2037. 2073.
82. Burr, Charles W., Angio-Neurotic Edema Cured After the Administration of Salvarsan. The Journal of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. No. 7. p. 456.
83. Burwinkel, O., Nitroglycerin gegen Seekrankheit. Medizin. Klinik. No. 29. p. 1199.
84. Busse, Otto, und Merian, Louis, Ein Todesfall nach Neosalvarsaninfusion. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 43. p. 2330.
85. Buttermilch, Ein Beitrag zur Wirkung des Aponals. Allg. Mediz. Centralzeitung. No. 20. p. 253.
86. Buxton, Dudley Wilmot, The Vital Phenomena Occurring under Anaesthesia. Nervous Circulatory, Respiratory, and Metabolic and their Relation to the Safety of the Patient. The Lancet. I. p. 1267.
87. Calcagna, B. N., Experiences with Salvarsan in Syphilis. Semana Medica. April 18.
88. Camp, Carl D., Note on the Examination of the Cerebro-Spinal Fluid for Arsenic Following the Administration of Salvarsan. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. No. 12. p. 807.
89. Campbell, R. P., and Patch, F. S., Salvarsan: a Years Experience. Canadian Med. Assoc. Journ. April. 11.
90. Camphausen, Bornyval, ein Sedativum und Nervinum. Fortschritte der Medizin. No. 34. p. 1066.
91. Camus, Jean, Traitement du tétanos par le sulfate de magnésie, par l'acide phénique, par le sérum antitétanique. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 3. p. 109.
92. Derselbe, Le sulfate de magnésie et l'acide phénique dans le traitement du tétanos. Paris médical. No. 22. p. 527.
93. Caneghem, van, Experimentelle Untersuchungen über Urotropinwirkung bei Meningitis. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1068.
94. Canestrini, Silvio, Über Erfolge der Salvarsanbehandlung bei Tabes. Neurol. Centralbl. No. 1. p. 13.
95. Carle, L'arséno-benzol (dit 606). Quelques résultats personnelles. — Essai de mise au point. Lyon médical. T. CXVIII. No. 8. p. 401.
96. Carpenter, E. R., The Wassermann Reaction and Salvarsan in Disease of the Special Sense-Organs. The Laryngoscope. Vol. 22. No. 9. p. 1104.
97. Castaigne, J., et Gouraud, F. X., Les injections intra-rachidiennes de sulfate de magnésie, leur action analgésique et antispasmodique. Le Journal médical français. No. 4. p. 172.
98. Castelli, G., Ueber Neosalvarsan. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 32. p. 1487.
98a. Derselbe, Dasselbe. ibidem. No. 35. p. 1632.
99. Derselbe, Über Neosalvarsan. Zeitschr. f. Chemotherapie. Originale. Bd. I. H. 2. p. 122.
100. Derselbe, Chemotherapeutische Versuche über die Wirkung des Kakodyl und Arrhenal bei experimentellen Spirillen- und Trypanosomenerkrankungen. Archiv f. Schiffs- und Tropen-Hygiene. Bd. 16. p. 605.
101. Cazenavette, L. L., Intramuscular Injections of Mercury in the Treatment of Syphilis of the Nervous System. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 1539. (Sitzungsbericht.)
102. Champion, J. L., De l'action sédative de l'iodure de sodium injecté à faible dose. La Presse médicale. No. 104. p. 1056.

103. Champion, W. L., Use of Salvarsan. Journ. of Med. Assoc. of Georgia. Sept. 11.
104. Chassevant, Allyre, Emploi du café décaféiné en thérapeutique. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIV. No. 22. p. 860.
105. Chrzelitzer, Über Jodlecitin. Ein neues Jod-Lecithin-Eiweiss-Präparat. Dermatolog. Wochenschr. No. 6.
106. Cimbal, Zur Reaktion des Nervensystems auf die Salvarsantherapie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1402. **(Sitzungsbericht.)**
107. Citelli, Su tre casi di neurolabirintite in individui con lue recente e sull' azione spesso utilissima del Salvarsan in tali casi. Arch. ital. di Otologia. Vol. XXIII. fasc. 3—4. p. 215. 289.
108. Cohen, Salvarsan und Auge. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 626.
109. Collins, Joseph, and Armour, Robert G., The Treatment of Syphilitic Diseases of the Nervous System by Salvarsan. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 25. p. 1918.
110. Comb, Frederic C., and Post, Abner, Salvarsan in Syphilis of the Nose and Throat. The Laryngoscope. Vol. 22. No. 9. p. 1084.
111. Copper, Un cas de paralysie oculomotrice après l'injection de salvarsan. Journ. de méd. de Bruxelles. 1911. No. 49.
112. Coulomb, Traitement du mal de mer par le véronal. Arch. de méd. et pharm. navales. No. 6. p. 446—453.
113. Coutela, Ch., Des accidents oculaires attribués à l'arséno-benzol. Archives d'Ophthalmol. T. 32. No. 1. p. 1.
114. Cronheim, N., Die Bedeutung des Lecithins im Stoffwechsel des Erwachsenen. Zeitschrift f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. XVI. H. 5. p. 262.
115. Cronquist, Carl, Zur Kasuistik der Ueberempfindlichkeitsreaktionen nach Salvarsaninjektionen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 36. p. 1960.
116. Derselbe, Ursache der Neurorecidive nach Salvarsaninjectionen. ibidem. No. 45.
117. Derselbe, Einige Bemerkungen zur Frage nach den Ursachen der Neurorezidive nach Salvarsaninjektionen. ibidem. No. 45. p. 2449.
118. Dana, Salvarsan in the Treatment of Chorea. Medical Record. Vol. 82. p. 459. **(Sitzungsbericht.)**
119. Darier, J., Deux cas de mort après des injections de Néosalvarsan avec enquête sommaire sur les cas analogues. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 8. p. 437.
120. Derselbe et Libert, Edm., A propos du Néosalvarsan. ibidem. No. 7. p. 382.
121. Davis, M. S., Years Experience with Salvarsan. Kentucky Med. Journal. June 1.
122. Debourdeaux, Sur l'extrait d'opium, sa préparation. Journal de Pharmacie. No. 12. p. 542.
123. Derselbe, Sur le laudanum de Sydenham. Sa préparation, sa conservation. ibidem. p. 544.
124. Dejerine, Tinel et Caillé, Epilepsie jacksonienne traitée par le „606". Revue neurol. 1. S. p. 304. **(Sitzungsbericht.)**
125. Deutsch, Über Eisenjodozitin. Zentralbl. f. Kinderheilk. No. 7.
126. Dippe, Hugo, Die wichtigsten angeborenen Krankheitsanlagen, ihre Bedeutung und Bekämpfung. Leipzig. Max Hesse.
127. Divaris, P. N., Indications et résultats du „606". Grèce médicale. March.
128. Dockhorn, Willi, Kurze Bemerkungen über das neue Schlafmittel „Luminal". Medizin. Klinik. No. 31. p. 1274.
129. Dollinger, Julius, Die Behandlung der Trigeminusneuralgien mit den Schlosserschen Alkoholeinspritzungen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 7. p. 297.
130. Domenico, Isola, Ueber die Baldriantherapie bei den Neurosen. Riedel-Archiv. No. 3. p. 4.
131. Donath, Julius, Die Behandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, mit besonderer Rücksicht auf das Salvarsan und das Natrium nucleinicum. Pester mediz.-chir. Presse. No. 38—39.
132. Derselbe, Salvarsan in der Behandlung der syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems und dessen kombinierte Anwendung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 42—43. p. 2274. 2342. u. Orvosi Hetilap. No. 42.
133. Dorn, Franz, Jodival, ein Jodkaliersatzpräparat. Allg. Medizin. Central-Zeitung. No. 46. p. 601.
134. Dorn, Paul, Zum Blutbild bei Lues nach Salvarsaninjektion. Inaug.-Dissert. Erlangen.
135. Dorner, Status epilepticus und seine Bekämpfung mit Atropium sulfuricum. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 69. H. 1.
136. Dössekker, W., Ueber die Neuro-Recidive nach Salvarsan. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 2—3. p. 33. 88.
137. Dreyfus, Georges L., Erfahrungen mit Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 33 bis 34. p. 1801. 1857



138. Derselbe, Nervöse Spätreaktionen Syphilitischer nach Salvarsan? ibidem. No. 19. p. 1027.
139. Derselbe, Ueber Entstehung, Verhütung und Behandlung von Neurorezidiven. (Erfahrungen mit Salvarsan [II]. ibidem. No. 40. p. 2157. 2233. 2287.
140. Derselbe, Die Dosierung des Salvarsans. ibidem. p. 1735. (Sitzungsbericht.)
141. Dromard, L'influence de l'iode-Menthol radio-actif sur certaines manifestations nerveuses. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 124 u. Centralbl. f. d. ges. Therapie. No. 10. p. 505.
142. Dub, Ernst, Über eine schwere Intoxikation nach 0,9 Neosalvarsan. Der Militärarzt. No. 20. p. 268.
143. Duel, Über Hörnervenstörungen nach Salvarsan. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 874. (Sitzungsbericht.)
144. Dünzelmann, Salvarsan und Neosalvarsan bei Lues congenita. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2097.
145. Ebeling, Ueber Pantopon „Roche". Ein neues Opium-Präparat. Neurologia. Bd. XI. H. 6. (Japanisch.)
146. Ebstein, Erich, Ueber das Schaukeln als Heilfaktor. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 39. p. 1134.
147. Eder, Über ein lösliches Schlafmittel aus der Veronalgruppe (Luminal, Luminalnatron). Die Therapie der Gegenwart. H. 6. p. 258.
148. Ehrenwall, J. v., Über Adalin und seine Verwendung, mit besonderer Berücksichtigung der Nerven- und Geisteskranken. Therapeut. Monatshefte. April. p. 253.
149. Ehrlich, P. J., Über den jetzigen Stand der Salvarsantherapie mit besonderer Berücksichtigung der Nebenwirkungen und deren Vermeidung. Zeitschr. f. Chemotherapie. Originale. Bd. I. H. 1. p. 1.
150. Derselbe, Kraus, F., und Wassermann, A. v., Zwei Jahre Salvarsantherapie. Leipzig. G. Thieme.
151. Ehrmann, S., Über Neurorezidive. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 9. p. 581.
152. Eichler, Schwere Arsenikvergiftung nach Salvarsaninfusion. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 52. p. 2871.
153. Elder, A. J., Psychology of Salvarsan. Medical Press and Circular. Jan.
154. Ely, I. A., Salvarsan in Syphilis of Nervous System. Journal of Jowa State Med. Soc. Sept.
155. Emery, E., Des impuretés de l'eau distillée dans les injections de Salvarsan et des moyens de les éviter par l'emploi d'appareils appropriés. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 8. p. 457.
156. Derselbe, Referat sur l'emploi du Salvarsan en France du 1er Octobre 1911 au 1 Août 1912. Resultats et opinions. Zeitschr. f. Chemotherapie. Referate. Heft 9. p. 881.
157. Engelen, Arsentherapie bei den „blassen Neurasthenikern". Aerztl. Rundschau. No. 25. p. 292.
158. Derselbe, Ueber die Verwendung von Pantopininjektionen in der inneren Medizin. ibidem. No. 35. p. 409.
159. Erdman, B., Salvarsan in Sixty Cases. Journal of Indiana State Med. Assoc. Febr.
160. Escallon, J., Sur l'élimination du 606 dans les urines. Lyon médical. T. CXIX. No. 36. p. 377.
161. Fabre et Bourret, De l'emploi du 606 dans le traitement de l'hérédo-syphilis. ibidem. T. CXIX. No. 44. p. 717.
162. Fabry, Joh., Zur Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan. Medizin. Klinik. No. 34. p. 1385.
163. Fage et Ettinger, Mlle, Accidents méningés tardifs survenus chez un syphilitique traité à la période du chancre par le Salvarsan et le mercure. Bull. Soc. franç. de Dermat. No. 3. p. 102.
164. Faure, Maurice, Le traitement arsénical des accidents nerveux de la syphilis (résultats de 50 cas observés pendant six à dix-huit mois). La Province médicale. No. 27. p. 303.
165. Faust, Edwin Stanton, Über kombinierte Wirkungen einiger Opiumalkaloide. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 46. p. 2489.
166. Favento, P. de, Über Salvarsan. ibidem. No. 42. p. 2277.
167. Derselbe, La cura della sifilide col Salvarsan. Giorn. ital. delle malattie veneree. fasc. II.
168. Fehr, Oscar, Ueber die syphilitischen Rezidive am Auge nach Salvarsanbehandlung. Medizin. Klinik. No. 23. p. 942.
169. Derselbe, Über die Wirkung des Salvarsans auf das Auge. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Juni. p. 164.
170. Fejér, Julius, Auge und Salvarsan. Berl. klin. Wochenschr. No. 15. p. 691.
171. Ferrannini, L., Experimental Research on Pharmacologic Action of Salvarsan. Riforma medica. Nov. 30.



172. Feuillade, Indications de la cure d'isolement. Lyon médical. T. CXVIII. No. 18. p. 961.
173. Finger, Ernst, Noch einmal die Frage der Neurorezidive. Wiener mediz. Wochenschr. No. 1. p. 21.
174. Derselbe, Zur Frage der Neurorezidive. Erwiderung auf die vorstehende „Entgegnung" des Herrn Dr. Benario. ibidem. No. 9. p. 589.
175. Derselbe, English Translation of Secondary Effects of Salvarsan. Vermont Med. Monthly. June 15.
176. Finney, R. H., A Few Nerve Conditions Based on London Clinics. Denver Med. Times and Utah Med. Journ. July.
177. Fischer, Ueber Salvarsantodesfälle. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1685. **(Sitzungsbericht.)**
178. Fischer, A., Weitere Beobachtungen über Adalin als Hypnoticum und Sedativum. Allg. Mediz. Central-Zeitung. No. 31. p. 401.
179. Flamm, Richard, Aleudrin, ein neues Sedativum und Hypnoticum. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 49. p. 2311.
180. Flint, J. M., and Cunningham, W. F., Experiences with Salvarsan in Syphilis. Yale Med. Journal. May.
181. Foerster, Arthur, On the Use of Salvarsan in the Treatment of Syphilis. The Lancet. I. p. 283.
182. Fordyce, John A., The Administration of Salvarsan in Syphilis. The Journ. of the Ann. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 14. p. 1231.
183. Fradking, S., Syncope provoquée par le 606 chez un syphilitique atteint de Stokes-Adams et d'atrophie papillaire bilatérale. Gaz. des hôpit. No. 127. p. 1762.
184 Frank, Veronal und Veronalnatrium bei Seekrankheit. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 38. p. 1108.
185. Frank, Ernst R. W., Klinische Erfahrungen über die Einwirkung des Adamons auf sexuelle Reizerscheinungen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 49. p. 2309.
185a. Fränkel, A., Beachtenswerter Fall der „Spasmosan-Behandlung" bei einem jüngeren Kinde. Allg. Medizin. Central-Zeitung. No. 47. p. 613.
186. Frankenstein, J. J., Opiumentziehung mittels Pantopon. Medizin. Klinik. No. 41. p. 1669.
187. Freund, Emanuel, Ueber Abortivkuren mit Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 51. p. 2813.
188. Fritsch, G., Neuere Beobachtungen über die Wirkung des Yohimbin (Spiegel). Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 42. p. 1980.
189. Fromm, Nelsen K., The Salicylates in the treatment of acute Chorea, with Reports of Cases. Albany Med. Annal. Nov. p. 636.
190. Fromme, Arnold, Die protrahierte Scopolaminnarkose bei der Morphiumentziehung. Berl. klin. Wochenschr. No. 29. p. 1376.
191. Fuchs, Bernhard, Bericht über 216 intramuskuläre Salvarsaninjektionen. Medizin. Klinik. No. 18. p. 740.
192. Fürer, Lokale Hautgangrän nach subkutaner Luminalinjektion. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1670.
193. Gaisböck, Felix, Zur Pharmakodynamik und therapeutischen Verwendung der Adrenalinwirkung. Therapeut. Monatshefte. Heft 8. p. 573.
194. Galezowski, Troubles oculaires consécutifs à l'injection de salvarsan. Arch. int. de Neurol. **34.** 51. **(Sitzungsbericht.)**
195. Gaston, A propos du choix du solvant du Néosalvarsan (eau distillée ou eau isotonique). Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 8. p. 307.
196. Derselbe, A propos des injections de Néosalvarsan (intraveineuses et surtout intramusculaires). ibidem. p. 309.
197. Gaucher, P., Dangers of Salvarsan in Syphilitic Affections. Med. Press and Circular. March 27.
198. Derselbe et Guggenheim, Pronostic des troubles auriculaires provoqués par l'hectine. La Presse médicale. No. 12. p. 121.
199. Gaupp, Otto, Ueber klinische Erfahrungen mit Codeonal, einem neuen Schlaf- und Beruhigungsmittel. Berl. klin. Wochenschr. No. 7. p. 306.
200. Gebb, H., Gibt es eine toxische Wirkung des Salvarsans auf das papulo-makuläre Bündel? Medizin. Klinik. No. 35. p. 1423.
201. Geissler, Walter, Luminal, ein neues subkutan anwendbares, starkwirkendes Hypnotikum. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 17. p. 922.
202. Gellé, Georges, Nerf acoustique et salvarsan. Revue hebd. de Laryngol. No. 42. p. 449.
203. Gennerich, W., Beitrag zur Aetiologie der Neurorezidive und zur Neosalvarsanbehandlung. Berliner klin. Wochenschr. No. 25—27. p. 1170. 1227. 1268.
204. Derselbe, Sammelreferat der Arbeiten über Salvarsan und Neosalvarsan, die in der Zeit vom 20. April bis 1. Juli 1912 erschienen sind. Zeitschr. f. Chemotherapie. H. 7. p. 673.



205. Derselbe, Die Praxis der Salvarsanbehandlung. Berlin. A. Hirschwald.
206. Gereda, Eduardo G., Efectos del „salvarsan" en oido interno. Revista de med. y cirurgia práct. p. 369.
207. Geymayer, Oskar, Über die Wirkungsweise des Luminal im allgemeinen und bei Epilepsie im besonderen. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 51. p. 1499.
208. Glombitza, Erich, Beiträge zur Wirkungsweise des Schlafmittels Adalin. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 6. p. 307.
209. Godbey, M. V., Administration of Salvarsan. West Virginia Med. Journ. Dec.
210. Goedel, Rudolf, Ueber neue Jodpräparate. Sanasklerose. Allg. Mediz. Zentralzeitung. No. 44. p. 578.
211. Goldbach, Über intravenöse Salvarsanbehandlung. Medizin. Klinik. No. 15. p. 612.
212. Goldstein, Martin, Ueber Luminal, ein neues Hypnotikum. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 21. p. 987.
213. Gonder, Richard, Schädigende Einflüsse auf Salvarsan und Arsenophenylglycin. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. 16. 38—46.
214. Gontela, Ch., Des accidents oculaires attribués à l'Arséno-Benzol. Archives d'Ophthalmologie. Janvier.
215. Gorbunow, G. A., Salvarsan in der Augenpraxis. Centralbl. f. prakt. Augenheilk. März. p. 65. 97.
216. Görges, Eine Verbesserung des Aspirin, „das Aspirin löslich". Deutsche medizinische Wochenschr. No. 26.
217. Goubeau, Accidents tardifs consécutifs à un traitement par le Néosalvarsan, aggravés par des applications de pâte à l'oxyde de zinc. Mort. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 9. p. 549.
218. Grabi, Erfahrungen mit Trivalin-Overlach und Trivalin-Hyoscin. Allg. Mediz. Centralzeitung. No. 51.
219. Gradwohl, R. B. H., and Griest, Joseph T., The Intravenous Administration of Salvarsan: A New Apparatus and Method. The Amer. Journ. of Dermatol. Aug. p. 418.
220. Graeffner, Luminal, ein neues Schlafmittel. Berliner klin. Wochenschr. No. 20. p. 939.
221. Green-Armytage, V. B., Hypnotism and Psychotherapy. Indian Med. Gazette. XLVII. No. 2.
222. Gregor, A., Über Nebenwirkungen von Schlafmitteln. Fortschritte der Medizin. No. 9—10. p. 257. 296.
223. Derselbe, Über Nebenwirkungen von Schlafmitteln. Monatschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 1. p. 54.
224. Derselbe, Klinische und experimentelle Erfahrungen über Luminal und seine Nebenwirkungen. Therapeut. Monatshefte. Heft 6. p. 413.
225. Grigorjew, V., Fall von epileptiformen Anfällen nach Salvarsan. Russ. Journ. f. Haut- u. Geschlechtskrankh.
226. Gross, L., and Johnson, W. L., Analysis of Treatment of Sixty-Two Cases of Syphilis with Salvarsan. California State Journ. of Medicine. Jan.
227. Grot, Erfahrungen mit Salvarsan. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 144. (Sitzungsbericht.)
228. Grünberg, Julius, Zur Kasuistik der Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninfusionen. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 5. p. 72.
229. Derselbe, Kurzer Bericht über acht mit Neosalvarsan (914) behandelte Fälle. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1607.
230. Derselbe, Etwas über den heutigen Stand der Salvarsanfrage. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 17. p. 255.
231. Derselbe, Beitrag zur Neosalvarsanbehandlung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 44. p. 2070.
232. Derselbe, Ueber Neosalvarsan. ibidem. No. 25. p. 1176.
233. Grzibek, V., Erfahrungen mit Codeonal, einem neuen Hypnotikum. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 9. p. 91.
234. Gudden, H., Adalin, ein neues Beruhigungs- und Einschläferungsmittel. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 83.
235. Guénot, Contribution à l'étude de l'arsénobenzol „606". Thèse de Paris.
236. Guggenheim, Zur Kenntnis der Wirkung des p-Oxyphenyläthylamins. Therapeut. Monatshefte. H. 11. p. 794.
237. Gukassianz, Armenak, Ueber neue Abkömmlinge des Chloralurethans. Inaug.-Dissert. Berlin.
238. Gutfeld, Fritz von, Die Wassermannsche Reaktion bei im Blute kreisenden Salvarsan. Medizin. Klinik. No. 13. p. 526.
239. Gutmann, C., Ueber Neosalvarsan. Berl. klin. Wochenschr. No. 31. p. 1467.



240. Gutowitz, Aleudrin, ein neues Hypnoticum und Sedativum. Medizin. Klinik. No. 47. p. 1911.
241. Gutzmann, Hermann, Sprachheilkunde. Vorlesungen über die Störungen der Sprache mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. 2. völlig umgearb. Aufl. Berlin. Fischers mediz. Buchhandlung.
242. Haake, Bruno, Die Verwendung des Adalins in der inneren Praxis. Allg. Mediz. Central-Zeitung. No. 3. p. 29.
243. Habermann, Neurorezidive nach ungenügender Salvarsan-Quecksilber-Behandlung. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2437.
244 Haccius, Alexander, Beiträge zur Salvarsanbehandlung der Syphilis. Medizin. Klinik. No. 33. p. 1346.
245. Hammel, Harold, Zur Kenntnis des Narkotins und Berberins. Inaug.-Dissert. Erlangen.
246. Hammer, Friedrich, Ein Todesfall nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1667.
247. Handley, Dan. C., and Souther, Chas. T., Report of 280 Intravenous Salvarsan Injections. Amer. Journ. of Dermatol. April. p. 199.
248. Harris, C. M., Refraction and Use of Cycloplegics with Especial Mention of Hyoscin. Pennsylvania Med. Journ. July.
249. Harris, Wilfred, Alcohol Injection of the Gasserian Ganglion for Trigeminal Neuralgia. The Lancet. I. p. 218.
250. Hartman, G. H., Intravenous Injection of Salvarsan, with Special Reference to its Technic. California State Journ. of Medicine. May.
251. Hauptmann, Alfred, Luminal bei Epilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 35. p. 1907.
252. Hay, A. G., Treatment of Sciatica by Intraneural Injections of Saline Solutions. The Practitioner. Vol. 88. No. 1. p. 145.
253. Heath, Frederick C., Are Syphilitic Eye Lesions an Indication for or Against the Use of Salvarsan? Amer. Journal of Dermatol. April. p. 207.
254. Heden, K., The Effects of Salvarsan. Hygiea. Aug.
255. Herzfeld, E., und Makler, K. S., Versuche mit Jodostarin. Medizin. Klinik. No. 35. p. 1428.
256. Heuck, W., Erfahrungen mit Neosalvarsan. Therapeut. Monatshefte. No. 11. p. 782.
257. Hirsch, Franz, Zwei Todesfälle nach Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1666.
258. Hirschberg, Aleudrin, ein neues Sedativum. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. No. 31.
259. Hochhaus, Die Anwendung des Salvarsans bei inneren und Nervenkrankheiten. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1350. (Sitzungsbericht.)
260. Hoffmann, Aug., Tödliche Hemiplegie nach Salvarsaneinspritzung bei Gumma des Rückenmarks. ibidem. No. 4. p. 192.
261. Hofheimer, J. A., Syphilis: Comment on its Treatment with Salvarsan. The Amer. Journal of Dermatology. Dez. p. 630.
262. Holland, E. D., Treatment of Parasyphilitic Conditions with Salvarsan. Monthly Cyclopedia and Medical Bulletin. Febr.
263. Derselbe, Significance of Patients Reaction to Intravenous Administration of Salvarsan. Illinois Med. Journal. June.
264. Hoppe, Fritz, Über Melubrin, ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum. Berl. klin. Wochenschr. No. 22. p. 1040.
265. Hornstein, O., Erfahrungen mit Nucleogen-Rosenberg. Fortschritte der Medizin. No. 15. p. 463.
266. Horsley, Victor, The Therapeutic Value of Alcohol. Brit. Med. Journal. I. p. 894. (Sitzungsbericht.)
267. Hubac, Action du brome sur l'urine; indice de brome de l'urine, méthode de dosage et sémiologie de ce nouveau coefficient. Thèse de Paris.
268. Hübner, Über eine bisher nicht bekannte Nebenwirkung des Yohimbins. Dermatolog. Zeitschr. Bd. 19. H. 10. p. 863.
269. Hudelo, Montlaur et Bodineau, Recherches cliniques et expérimentales sur le Néosalvarsan. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 8. p. 278.
270. Hughes, C. H., Therapeutic Patho-Prophylaxis in Prescription Writing. The Peril of Unauthorized Prescription Renewals. „Pharmacist will retain this prescription, neither copy nor repeat without instructions from me." The Alienist and Neurol. Vol. 33. No. 4. p. 422.
271. Igersheimer, Jos., Experimentelle Untersuchungen über Salvarsanwirkungen am Auge. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 729. (Sitzungsbericht.)



272. Derselbe, Zur Frage der toxischen Wirkung des Salvarsans. Zeitschr. f. Chemotherapie. Originale. Bd. I. p. 106.
273. Impens, E., Ueber die Ausscheidung des Adalins. Die Therapie der Gegenwart. April. p. 158.
274. Derselbe, Pharmakologisches über Luminal oder Phenyläthylbarbitursäure. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 20. p. 945.
275. Issekutz, B. v., Über den Synergismus der Opiumalkaloide. Archiv f. die ges. Physiologie. Bd. 145. H. 7—9. p. 415.
276. Derselbe, Über den Antagonismus zwischen den Opiumalkaloiden und dem Apomorphin. ibidem. p. 440.
276a. Derselbe, Über den Synergismus der Lokalanästhetika. ibidem. p. 448.
277. Iversen, Julius, Über Neosalvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 26. p. 1436.
278. Derselbe, Zur Theorie der Wirkung des Salvarsans und Arsenophenylglyzin. ibidem. No. 6. p. 295.
279. Iwaschenzow, G., Ueber anaphylaktoide Erscheinungen bei wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen. ibidem. No. 15. p. 807.
280. Jach, E., Über Ureabromin. Therapie der Gegenwart. Okt.
281. Jacobi, C., Zur Pharmakologie der Opiumbestandteile und neueren Opiumersatzpräparate. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2316. (Sitzungsbericht.)
282. Jacobsohn, Leo, Paul Ehrlich, über den jetzigen Stand der Salvarsantherapie mit besonderer Berücksichtigung der Todesfälle. Die Therapie der Gegenwart. Sept. p. 406.
283. Jacqué et Sluys, Notes sur le néosalvarsan. Gaz. des hôpitaux. No. 112. p. 1551.
284. Jadassohn, J., Über die spezifische Behandlung der parasyphilitischen Nervenkrankheiten. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 23. p. 841.
285. Jaeger, Über ein neues Jod-Lecithin-Eiweisspräparat: Jodocitin. Therapie der Gegenwart. No. 4.
286. Javal, Adolphe, Le pain déchloruré, ioduré on bromuré. Bull. gén. de Thérapeut. T. CLXIV. No. 22. p. 858.
287. Jeanselme, Etude sur la fièvre consécutive à une première injection de Salvarsan. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 9. p. 564.
288. Jendralski, Felix, Salvarsan und Neurorezidive. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1355.
289. Derselbe, Salvarsan und Auge. Inaug.-Dissert. Breslau.
290. Jödicke, P., Ueber Zebromal, ein neues Antiepileptikum. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 7. p. 354.
291. Joos, C. E., Ueber einen mit Salvarsan behandelten Fall von malignem Gehirntumor. ibidem. No. 26. p. 1437.
292. Jordan, A., Über Versuche mit Neosalvarsan. Dermatolog. Zeitschr. Bd. 19. H. 11. p. 992.
293. Juliusburger, Otto, Über Luminal, ein neues Hypnoticum und Sedativum. Berl. klin. Wochenschr. No. 20. p. 940.
294. Kall, K., Erfahrungen mit Neosalvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1710.
295. Kannengiesser, Bisherige Ergebnisse unserer Salvarsanbehandlung. ibidem. No. 21—22. p. 1148. 1225.
296. Kappelmeier, Paul, Beiträge zur Kenntnis des Morphins. Inaug.-Dissert. München.
297. Katschkatschow, A. B., Zur Frage der therapeutischen Bedeutung des Bromurals. Praktitscheskij Wratsch. 11. 436.
298. Kaufmann, Daniel, Taubheit nach Salvarsan. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 493. (Sitzungsbericht.)
299. Kehrer, Die motorischen Funktionen des Uterus und ihre Beeinflussung durch Wehenmittel. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1831. (Sitzungsbericht.)
300. Keller, K., Über das Modiscop. Budapesti Orvosi Ujság. 10. 194.
301. Kennard, Dudley, and Gordon, W. Henry, Salvarsan in Syphilis. The Lancet. I. p. 862.
302. Kerl, Wilhelm, Erfahrungen über Neosalvarsan. Wiener klin. Wochenschr. No. 45. p. 1787.
303. Kersten, H. E., Über vergleichende Tierexperimente mit Salvarsan und Neosalvarsan. Centralbl. f. Bakteriol. Originale. Bd. 65. H. 4/5. p. 369.
304. Keyes, Edward L., Notes on Salvarsan. The Journ. of Cutaneous Diseases. Vol. 30. July. p. 420.
305. Kino, Zur Luminalwirkung besonders bei der Epilepsie. Die Therapie der Gegenwart. Sept. p. 403.
306. Kirby-Smith, J. L., Intravenous Method of Administering Salvarsan. Southern Med. Journal. Nov.



307. Klausner, E., Ueber ein charakteristisches Arzneiexanthem nach Pantopon. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 40. p. 2169.
308. Kljutschew, E., Dioxydiamydoarsenobenzol („606") bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Russ. Arzt. 1911. 10. 124.
309. Klotz, Herman G., Salvarsan in der Praxis. New Yorker Mediz. Monatsschr. Bd. 23. H. 1. p. 1.
310. Knick, A., und Zoleziecki, A., Ueber Acusticuserkrankungen im Frühstadium der Lues, insbesondere nach Salvarsan. Mit spezieller Berücksichtigung der Liquoruntersuchung. Berl. klin. Wochenschr. No. 14—15. p. 639. 696.
311. Kochmann, Martin, Ueber die Kombination von Arzneimitteln. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1589.
312. König, H., Kritische Bemerkungen über Luminal. Berl. klin. Wochenschr. No. 40. p. 1883.
313. Kozawa und Mori, Über Ikterus nach Salvarsan. Internat. Beitr. z. Pathol. u. Therapie d. Ernährungsstörungen. Bd. IV. H. 2. p. 198.
314. Krefting, Rudolf, Ist Neosalvarsan ein ebenso gutes Antisyphiliticum wie Salvarsan? Berl. klin. Wochenschr. No. 45. p. 2130.
315. Kryński, L., Die Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen. Gazeta Lekarska. No. 1.
316. Kwan, J., Vergleichende Studien über hypnotische Wirkung und intravitale Zersetzung von Adalin, Bromural und Neuronal. Arch. internat. de pharmacodynamie. XXII. Fasc. 5—6.
317. Lacapère, Action du salvarsan sur la névrite optique tabétique. Gaz. des hôpitaux. No. 10. p. 127.
318. Lakaye, Un cas de mort par le 606 français (novorsan). Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège. Jan.-Févr. p. 22.
319. Lapinsky, M., Zur Frage der Behandlung der sogenannten idiopathischen Neuralgien des harten Gaumens (Neuralgie N. palatini) und des Mechanismus der Irradiation der Schmerzen. Russ. Arzt. 11. 1923.
320. Lasarew, W., Wird das zu therapeutischen Zwecken in den Organismus eingeführte Quecksilber in die Cerebrospinalflüssigkeit abgeschieden? Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 45. H. 3. p. 203.
321. Lau, C., Meine Erfahrungen mit Ovaradentriferin. Wiener klin. Rundschau. No. 17. p. 194.
322. La Verne, D. C., Salvarsan: its Administration. Mississippi Med. Monthly. Sept.
323. Lecoutour, Raoul, A propos d'une thèse sur l'opium. Le Progrès médical. No. 23. p. 287.
324. Ledermann, Reinhold, Klinische Beiträge zur Salvarsanwirkung. Arch. f. Dermatol. Originale. Bd. 113. p. 573.
325. Leredde, Über die günstige Beeinflussung der Tabes dorsalis durch Salvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 38—39. p. 2040. 2112.
326. Derselbe, Premières observations sur le Néosalvarsan. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 8. p. 303.
327. Derselbe, „Guérison" d'un cas de tabes par trois injections de Salvarsan. ibidem. No. 4. p. 164.
328. Derselbe, Action du Salvarsan sur les phénomènes douloureux chez les tabétiques. ibidem. No. 7. p. 367.
329. Derselbe, La fièvre du Salvarsan dans les affections syphilitiques du système nerveux. ibidem. No. 8. p. 411.
330. Derselbe, Infection intestinale avec état typhoïde, consécutive à une injection de Néosalvarsan (guérison). ibidem. No. 8. p. 420.
331. Derselbe, Les accidents du Néosalvarsan. Technique et dosage des injections. ibidem. p. 422.
332. Derselbe, Sur les accidents mortels consécutifs aux injections de Néosalvarsan. ibidem. No. 9. p. 494.
333. Derselbe et Kuenemann, Accidents cérébraux après des injections de Salvarsan, par réaction de Herxheimer. ibidem. No. 4. p. 158.
334. Leroy, E., Contribution à l'étude de la valeur thérapeutique du 606 dans les déterminations nerveuses graves de la syphilis. Thèse de Lille.
335. Lesser, Fritz, Epileptiforme Anfälle bei Salvarsan. Berl. klin. Wochenschr. No. 13. p. 592.
335a. Leuriaux, C., La Chorée grave et le 606. La Pathol. infant. 9. 205.
336. Leva, J., Ueber die Beziehungen des Bromnatriums zur Bildung nephritischer Hydropsien. (Substitution des NaCl durch NaBr bei der chlorarmen Ernährung.) Zeitschr. f. experim. Pathologie. Bd. X. H. 3. p. 522.



337. Levinstein, Oswald, Beitrag zum Kapitel: R. cochlearis n. VIII und Salvarsan. Medizin. Klinik. No. 29. p. 1198.
338. Levy-Bing, Alfred, De l'action sur le Treponema pallidum de différentes préparations employées en applications locales. Arch. f. Dermatol. Bd. CXIII. p. 623.
339. Derselbe, Sur la nécessité de l'emploi d'une eau chimiquement pure pour les injections de Néosalvarsan. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 8. p. 462.
340. Derselbe et Duroeux, L., Le Néosalvarsan. Gaz. des hôpitaux. No. 66. p. 987.
341. Dieselben, Salvarsan. Traitement des ulcères de jambe par les applications locales de Salvarsan. ibidem. No. 53.
342. Dieselben et Dogny, M., Etude du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques traités par le salvarsan. Ann. des mal. vén. 6. No. 2. 109—127.
343. Dieselben, Etude du sang chez les syphilitiques traités par le salvarsan. ibidem. p. 321.
344. Derselbe et Lévy, G., Les injections intra-rachidiennes de sels mercuriels. ibidem. 1910. p. 561.
345. Derselbe, Voisin, Roger, et Duroeux, Louis, Manifestations nerveuses survenues chez des syphilitiques traités par les injections intravaineuses de Salvarsan. ibidem. 1911. Nov.
346. Lewin, Carl, Über Kalmopyrin, das lösliche Calciumsalz der Acetylsalicylsäure. Therapie der Gegenwart, Nov.
347. Lewis, T. B., Twenty-Five Administrations of Salvarsan and Neosalvarsan. Mississippi Med. Monthly. Nov.
348. Lier, Wilhelm, Über zwei Fälle hartnäckiger Urticaria nach intravenösen Salvarsan-injektionen. Wiener mediz. Wochenschr. No. 46. p. 3033.
349. Likes, Sylvan H., and Schoenrich, Herbert, A Summary on the Techniques Employed in the Amdinistration of Salvarsan. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 16. p. 797.
350. Lindenheim, H., Erfahrungen mit dem Salvarsanpräparat Joha. Berl. klin. Wochenschrift. No. 46. p. 2178.
351. Linser, Erfahrungen mit Salvarsanbehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2205. (Sitzungsbericht.)
352. Lippmann, v., Neurorezidiv nach Salvarsaninjektion. ibidem. 1913. p. 490. (Sitzungsbericht.)
353. Livermore, G. B., Salvarsan. Journal of Tennessee State Med. Assoc. Nov.
354. Ljass, S., Salvarsan bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Fragen d. Psych. u. Neurol. (russ.) I. 193.
355. Loewe, S., Klinische Erfahrungen mit Luminal. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 20. p. 947.
356. Loewy, J., Ueber die Beeinflussung arterio-sklerotischer Beschwerden durch Jodtropin. ibidem. No. 23. p. 1091.
357. Lommen, A., Klinische und serologische Erfahrungen bei der Anwendung des Salvarsans bei der Syphilis. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. I. 1319. (Sitzungsbericht.)
358. Lorenz, Ernst, Die Anwendung des Adalin in der Lungenheilstätte. Ztschr. f. Tuberkulose. Bd. 19. H. 4. p. 337.
359. Lorenz, W. F., The Effect fo Specific Treatment on the Cerebrospinal Fluid. Medical Record. Vol. 82. No. 5. p. 185.
360. Lube, F., Die praktische Verwertbarkeit des Adalins als Schlafmittel und Beruhigungsmittel. Inaug.-Dissert. Göttingen.
361. Maass, Th. A., Pharmakologische Untersuchungen über Aleudrin, ein neues Hypnotikum und Sedativum. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 26. p. 1231.
362. Madden, Frank Cole, and Shaheen, Hassan, On Spinal Anaesthesia by Stovaine with Remarks on 1000 Cases. Brit. Med. Journal. II. p. 345.
363. Maier, W., Zur Frage der Alkoholordination. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. 1911. No. 4.
364. Malet, „606" et récidives. Thèse de Paris.
365. Marchand, Fritz, Kasuistischer Beitrag zur Therapie der Säurevergiftung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 4. p. 178.
366. Marcus, Karl, Quecksilbertherapie und v. Wassermanns Reaktion. Arch. f. Dermatologie. Bd. CVII. H. 1—3. p. 17.
367. Marie, Pierre, et Chatelin, Charles, Sur les effets favorables des injections intraveineuses de Salvarsan dans vingt-cinq cas de Chorée de Sydenham. Bull. de l'Acad. de Médecine. 3. S. T. LXVIII. p. 507.
368. Markley, A. J., Salvarsan in Therapy of Syphilis. Colorado Medicine. Nov.
369. Marschalkó, Thomas von, Ueber Neosalvarsan. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1585.
370. Derselbe, und Veszprémi, D., Histologische und experimentelle Untersuchungen über den Salvarsantod. ibidem. No. 26. p. 1222.



371. Marshall, Charles F., The Dangers of Salvarsan. The Amer. Journ. of Dermatology. June. p. 320.
372. Martinet, Alfred, Pourquoi il faut prescrire le Pantopon. La Presse médicale. No. 106. p. 1074.
373. May, Otto, The Functional and Histological Effects of Intraneural and Intraganglionic Injections of Alcohol. Brit. Med. Journal. II. p. 465.
374. Mayer, Hermann, Veränderungen des menschlichen Serums nach Neosalvarsaninfusionen. Berl. klin. Wochenschr. No. 35. p. 1662.
375. Mayersohn, Syphilitisches Gummageschwür am Gaumen und Struma exophthalmica, geheilt mit Quecksilber und Jod, dargereicht zu gleicher Zeit. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 360. (Sitzungsbericht.)
376. Mazo, J. Garcia del, El „606" en Oftalmologia. Rev. de Medicina y Cirurgia práct. p. 401.
377. Mc Donagh, J. E. R., The Action of Salvarsan and Neo-Salvarsan on the Wassermann Reaction. Brit. Med. Journ. I. 1287.
378. Mc Gary, J. R., Use of Salvarsan. Kentucky Med. Journ. June 1.
379. Mc Gurn, William J., A New Devise for the Safe and Certain Administration of Salvarsan. The Boston Med. and Surg. Journal. Vol. CLXVII. No. 20. p. 696.
380. Mc Intosh, James, Bericht über die englische Literatur über Salvarsan. Zeitschr. f. Chemotherapie. p. 162.
381. Derselbe and Fildes, Paul, The Causation and Prevention of Certain Toxic Symptoms Following the Administration of Salvarsan. The Lancet. I. p. 637.
382. Dieselben, An Investigation of the Value of Certain Antigens for Use in Wassermann Reaction in Particular of Sachs New Antigen. Zeitschr. f. Chemotherapie. p. 79.
383. Dieselben and Dearden, H., Reply to the Remarks of H. Freund upon our Article: Salt Fever and the Treatment of Syphilis by „606". Zeitschr. f. Immunitätsforschung. Originale. Bd. 14. H. 1. p. 137.
384. Dieselben, Salt Fever and the Treatment of Syphilis by „606". ibidem. Bd. XII. H. 2. p. 164.
385. Dieselben and Parker, H. B., Neosalvarsan. The Lancet. II. p. 82.
386. Dieselben, Bericht über die englische Literatur über Salvarsan. Zeitschr. f. Chemotherapie. p. 162.
387. Mc Kinley, D. H., One Years Experience with Salvarsan. Kentucky Med. Journal. March 1.
388. Meier, Margarete, Psychische Wirkungen von Brom und Chlor. Epilepsia. Vol. 3. No. 2. p. 103.
388a. Mello - Breyner et Alvaro - Lapa, Huit cas de Neuro-récidives après le traitement par le Salvarsan. A medicina contemporanea. 14. mars.
389. Mendes da Costa, S., Mitteilungen über die Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. I. 1333.
390. Merkurijew, W., Ueber die Anwendung von Salvarsan bei Syphilis. Charkowski Medizinski Journal. Bd. XIII. H. 3.
391. Merkuriew, W. A., Arsennachweis im Harn anch der Anwendung von Salvarsan. Wiener klin. Wochenschr. No. 16. p. 588.
392. Metzger, Joseph, Klinische Erfahrungen mit Nucleogen. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 17. p. 503.
393. Meyer, Bernhard, Pantopon „Roche" als Heilmittel in der Veterinärmedizin. Berl. tierärztl. Wochenschr. No. 37. p. 683.
394. Meyer, Hermann, Luminal. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 17. p. 183.
395. Milian, G., Le 606 et les troubles de l'ouïe. Gaz. des hôpit. p. 476. (Sitzungsbericht.)
396. Derselbe, Les intolerants du 606. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 9. p. 520.
397. Derselbe, Un cas d'hémoglobinurie due à l'emploi de l'eau distillée pure comme excipient du Salvarsan. ibidem. No. 7. p. 361.
398. Derselbe et Sauphan, Vitesse de l'écoulement et pouls pendant l'injection de 606 ibidem. No. 7. p. 389.
399. Miller, H. Crichton, Reeducation of the Attentive Control. Brit. Med. Journal. II. p. 1459. (Sitzungsbericht.)
400. Derselbe, Rest-Cures in Theory and Practice. The Practitioner. Vol. LXXXIX. No. 6. p. 834.
401. Mingazzini, G., La cura del Salvarsan nella sifilide nervosa e la reazione del Wassermann. Il Policlinico (sezione pratica). 1911. 18. 1645.
402. Moldovan, Julius, Ergebnisse der Salvarsanbehandlung im österreichischen ungarischen Heere. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 35—36. p. 1902. 1961.
403. Moore, Henry, Fatal Result Following Injection of „606". The Dublin Journ. of Med. Science. May. p. 321.



404. Moerchen, F., Über Gelanida, eine neue Tablettenform und ihre Verwendung bei Nerven- und Gemütskrankheiten. Berlin. klin. Wochenschr. No 52.
405. Derselbe, Das neue Hypnoticum „Luminal". Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 5. p. 517.
406. Moretti, A., Contribution à l'étude de l'influence de l'arséno-benzol sur les variations leucocytaires du sang chez les malades affectés de formes nerveuses et mentales. Riv. di Patol. nerv. e ment. Vol. XVII. fasc. 1. p. 1—20.
407. Morton, Henry H., Salvarsan Therapy. New York Med. Journ. Vol. XCVI. No. 9. p. 425.
408. Müller, Heinrich, Salvarsan und Wassermannsche Reaktion. Inaug.-Dissert. Leipzig.
409. Müller, Hugo, Eigene Erfahrungen über Abortivkuren mit Kalomel und Salvarsan, sowie über Neurorezidive. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 1. p. 22.
410. Müller, J., Melubrin und seine therapeutische Wirkung. Wien. klin. Wochenschr. No. 25.
411. Müller, R., Ueber den Einfluss der Salvarsanbehandlung auf die Wassermannsche Reaktion. ibidem. No. 23. p. 873.
412. Müller, Reinh., Heilung eines Malum perforans durch Zink-Perhydrol. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 49. p. 2312.
413. Nakano, H., Über die durch Salvarsanbehandlung hervorgerufene Schwerhörigkeit und Fazialislähmung. Japan. Zeitschr. f. Dermatol. 1911. XI. fasc. 8.
414. Nerking, J., Über Rodalzid und seine Indikationen. Allg. Mediz. Zentralzeitung. No. 15. p. 186.
415. Neumayer, Victor L., Versuch einer „Richtung" bezw. Anreicherung der Salvarsanwirkung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2617.
416. Neuwelt, Louis, Recurrence of Syphilitic Manifestations after Combined Salvarsan and Mercurial Treatment. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 16. p. 797.
417. Nichols, Henry J., The Present Status of Salvarsan Therapy in Syphilis. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 9. p. 603.
418. Nicolas, J., et Moutot, H., Quinze mois de pratique du 606 à la clinique vénérologique de l'Antiquaille de Lyon. Bull. Soc. franç. de Dermat. No. 3. p. 135.
419. Nikitin, M., Salvarsan bei syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Obosr. psich. 1911. No. 8.
420. Nobl, G., und Peller, P., Zur pyrogenen Komponente intravenöser Salvarsaninjektionen. Dermatolog. Wochenschr. No. 31. p. 971.
421. Noehte, Ein kleiner Hilfsapparat für Salvarsaninfusionen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 20. p. 952.
422. Derselbe, Über einen mit Salvarsan behandelten Fall von malignem Gehirntumor. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 10. p. 529.
423. Noel, H. L. C., and Souttar, H. S., The Intravenous Injection of Paraldehyde. The Lancet. II. p. 818.
424. Nonne, Über Wert und Bedeutung der modernen Syphilistherapie für die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 43.
425. Odstrčil, J., Erfahrungen mit Neosalvarsan. (Vorläufige Mitteilung.) Wiener Mediz. Wochenschr. No. 46. p. 3036.
426. O'Gwynn, J. C., Eye Lesions of Salvarsan; Report of Cases. Southern Med. Journ. Jan.
427. Ollendorff, Kurt, Kola als Heilmittel. Allg. Mediz. Centralzeitung. No. 34. p. 446.
428. Olsho, Sidney L., Untoward Effects of Salvarsan Referable to the Eye and Ear. The Therapeutic Gazette. June. p. 383.
429. Oltramare, H., Dangers et avantages du Salvarsan. Revue méd. de la Suisse Romande. No. 3. p. 205.
430. Oppenheim, M., Über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie. Wiener Mediz. Blätter. No. 8—11. p. 85. 97. 109. 121.
431. Orb, W. W., Two Cases of Locomtor Ataxy Treated by Salvarsan. Brit. Med. Journal. II. p. 16661. (Sitzungsbericht.)
432. Otto, Kurt, Vergleichende Untersuchungen über die Erfolge der chirurgischen Behandlungsmethoden bei Trigeminusneuralgie (mit besonderer Berücksichtigung der Alkoholinjektion nach Offerhaus). Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. H. 1. p. 78.
433. Overlach, Trivalin. Zentralbl. f. innere Medizin. No. 19. p. 422.
434. Oy, von, Klinische Erfahrungen mit Codeonal. Medizin. Klinik. No. 49. p. 1991.
435. Padovani, E., Su l'azione ipnotica e sedativa dell' Adalina. Giorn. di Psich. clin. 1911. 39. 118.
436. Page, Charles M., Hedonal, as a General Anaesthetic Administered by Intravenous Infusion. A Report of 75 Cases. The Lancet. I. p. 1258.
437. Page, Maurice, Diminution de la douleur pendant la démorphinisation. Gaz. des hôpitaux. p. 682. (Sitzungsbericht.)



438. Pal, Über die Wirkung des Opiums, seiner Komponenten und Ersatzpräparate. Wiener klin. Wochenschr. p. 1929. (Sitzungsbericht.)
439. Pański, A., Ein Fall von Lähmung des plexus lumbo-sacralis nach Salvarsaninjektion. Neurologja polska. 2. H. 5.
440. Patschke, F., Luminal bei Geisteskranken. Neurol. Centralbl. No. 14. p. 899.
441. Patterson, R. U., Salvarsan; Description of Apparatus for Intravenous Administration. Military Surgeon. May.
442. Pawlow, W., Fall von Chorea minor, mit Salvarsan behandelt. Russ. Arzt. 10. 587—588.
443. Péchin, Paraplégie à la suite d'une injection d'arséno-benzol chez une hérédosyphilitique atteinte de kératite parenchymateuse. Bull. Soc. d'Ophthalmol. de Paris. p. 161.
444. Pepy, P. H. J., Le 606 dans le tabès et la paralysie générale. Thèse de Lille.
445. Perkel, J., Un cas de congestion cérébrale de deux jours de durée consécutive à trois injections intraveineuses de néosalvarsan. Ann. des mal. vénér. 7. 801.
446. Perkins, Chas. E., The Effect of the Salvarsan on the Ear. The Laryngoscope. Vol. 22. No. 9. p. 1089.
447. Peschic, S., Versuche über die Wirkungsweise des Atoxyls. Zeitschr. f. Immunitätsforschung. Originale. Bd. XIII. No. 4. p. 364.
448. Peterkin, G. S., Present Status of Salvarsan. Northwest Medicine. July.
449. Peythieu, G., „606" et nerf optique. Thèse de Toulouse.
450. Phillips, John, Prevalence of the Heroin Habit. Especially the Use of the Drug by „Snuffing." The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 24. p. 2146.
451. Pierret, Le „606" en pathologie nerveuse. Echo méd. du Nord. 1911. No. 775. p. 561.
452. Piket, J., Erfahrungen mit Pantopon und Pantopon-Syrup „Roche" in der Kinderpraxis. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 46. p. 1345.
453. Pinkus, Felix, Neosalvarsan. Sammelreferat. Medizin. Klinik. No. 33. p. 1361.
454. Derselbe, Zur Kenntnis der Hirnschwellungserscheinungen während der Syphilisbehandlung. Dermatolog. Zeitschr. Bd. 19. H. 8. p. 675.
455. Planner, R. v., Salvarsan in der Privatpraxis. Mitt. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. No. 1. p. 1.
456. Polland, Über die Salvarsantherapie. Wiener klin. Wochenschr. p. 1341. (Sitzungsbericht.)
457. Pongs, Alfred, Yohimbin-Spiegel als Blutdruckmittel, verglichen mit Nitroglycerin. Zeitschr. f. experim. Pathologie. Bd. X. H. 3. p. 479.
458. Ponomasew, P., Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Adalin auf die Blutzirkulation, spez. bei Herzkranken. Diss. Petersb.
459. Popper, Erwin, Ueber einen Unterschied in der Wirkung des Morphins und des Opiums auf den Darm. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 7. p. 308.
460. Posadas, J. N., Experiencia de un añocon el „606". Semana Medica. July 4.
461. Post, A., Present Status of Salvarsan. Boston Med. and Surg. Journal. Sept. 5.
462. Rad, v., Klinische Erfahrungen mit Adamon, einem neuen Sedativum. Die Therapie der Gegenwart. No. 2. p. 93.
463. Raecke, Ueber Luminal, ein neues Schlafmittel. Medizin. Klinik. No. 21. p. 865.
464. Raffray, A., Le péril alimentaire. Préface par Paul Le Gendre. Paris. Asselin et Houzeau.
465. Raïmist, J., Materialien zur Frage von dem Einfluss des Salvarsans auf die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Charkowski Medizinski Journal (russisch). Bd. XIII. H. 3.
466. Ravaut, Paul, Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traités par le Salvarsan et la méningo-vascularite syphilitique. La Presse médicale. No. 18. p. 181.
467. Ravogli, A., Salvarsan. Amer. Journal of Urology. Oct.
468. Raw, Nathan, The Treatment of Syphilis by Salvarsan. Brit. Med. Journal. II. p. 440. (Sitzungsbericht.)
469. Reasoner, M. A., und Matson, R. W., Some Dangers of Salvarsan. Military Surgeon. Febr.
470. Reese, Robert G., The Effects of Salvarsan on the Eye. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 26. p. 1356.
471. Rehm, Veronal oder Medinal? Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 7. p. 75.
472. Reissert, Salvarsan und Auge. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 3. p. 118.
473. Reiter, Hans, Beeinflusst das Salvarsan die Intensität der Antikörperbildung? Zeitschr. f. Immunitätsforschung. Originale. Bd. 15. H. 2—3. p. 116.
474. Reynolds, W. E., Use and Abuse of Strychnin. Kentucky Med. Journal. Febr.
475. Richardson, C. W., Diet in Vasomotor Disturbances of the Upper Air Tract. Washington Med. Annals. March.
476. Richez, Paul, Contribution à l'étude de la réeducation auditive. Revue hebd. de Laryngol. No. 45. p. 545.



477. Ricker, G., und Knape, W., Mikroskopische Beobachtungen am lebenden Tier über die Wirkung des Salvarsans und Neosalvarsans auf die Blutströmung. Medizin. Klinik. No. 31. p. 1275.
478. Riecke, Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2761. (Sitzungsbericht.)
479. Riedel, R., Über Melubrin (Höchst), ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum. Die Therapie der Gegenwart. No. 5. p. 208.
480. Ries und Leypen, Ueber zwei sichere Fälle von Reinfectio syphilitica nach Salvarsan. Medic. Corresp. Blatt d. Württemb. Landesvereins. Bd. LXXXII. No. 31. p. 510.
481. Rissom, Weitere Erfahrungen über Behandlung der Syphilis mit Salvarsan. Medizin. Klinik. No. 11. p. 439.
482. Rodhain, J., et Corin, G., Le Salvarsan et la Trypanose humaine. Arch. f. Schiffs- und Tropen-Hygiene. Bd. 16. p. 749.
483. Rogers, Arthur W., A Case of Fatal Hematoporphyrinuria Following the Prolonged Use of Trional and Sulphonal. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 20. p. 1510.
484. Rommel, Veronal-Niere. Charité-Annalen. 36. Jahrg. p. 62—68.
485. Rosenfeld, M., Erfahrungen mit Luminal, einem neuen Hypnoticum. Die Therapie der Gegenwart. Aug. p. 361.
486. Rosenmeyer, Ludwig, Die lokale Anwendung des Neosalvarsans im Auge. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 45. p. 2459.
487. Rosenthal, O., Ueber Salvarsan. Berliner klin. Wochenschr. No. 25. p. 1174.
488. Roth, L. J., Fallibility of Salvarsan. California State Journ. of Medicine. Sept.
489. Rouvière, G., Sur le Néo-salvarsan. La Province médicale. No. 31. p. 346.
490. Rüdiger, Otto, Salvarsan bei hereditärer und akquirierter Syphilis im Säuglings- und Kindesalter. Inaug.-Dissert. Jena.
491. Rudolf, R. D., and Cole, C. E. C., The Effects of Medicinal Doses of Aconite upon the Pulse-Rate. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Dez. p. 788.
492. Ruggles, E. Wood, Salvarsan versus Mercury. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 26. p. 1313.
493. Ruhemann, J., Salvarsan und latenter Mikrobismus. Medizin. Klinik. No. 12. p. 486.
494. Rytina, A. G., Neosalvarsan. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 26. p. 1357.
495. Saalfeld, Edmund, Über Jodostarin. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 42. p. 1988.
496. Sabatowski, Anton von, Ueber die Wirkung des Hormonals auf die Darmbewegung. Wiener klin. Wochenschr. No. 3. p. 116.
497. Sachs, B., and Strauss, J., On the Use of Salvarsan in Syphilis of the Nervous System, Based Upon a Study of Eigthy Cases. Medical Record. Vol. 81. No. 5. p. 211.
498. Sachs, F., Haltbarkeit der Skopolaminlösungen. Berlin. klin. Wochenschr. No. 30.
499. Salinger, Julius, Salvarsan bei Chorea minor. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 25. p. 1376.
500. Salzmann, Max, Aufhebung der narkotischen Wirkung der Stoffe der Alkoholgruppe bei gleichzeitiger Aufnahme von Fett auf Grund ihres Teilungskoeffizienten zwischen Fett und Wasser. Im Anschluss an eine orientierende Untersuchung über ein neues Antidiabeticum „Barzarin“. Arch. f. exper. Pathol. Bd. 70. H. 4. p. 233.
500a. Sanguineti, L. R., Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Luminals. Rassegna di studi psichiatrici. Bd. II. H. V.
501. Sarvonat, F., et Crémieu, R., Bromuration et déchloruration. Nouvelles recherches expérimentales. La Province médicale. No. 21. p. 240.
502. Saynisch, Ueber Salvarsan und Quecksilberkombination. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 44. p. 2069.
503. Schaefer, P., Ueber klinische Erfahrungen mit einem neuen Sedativum und Hypnoticum, dem Luminal. Berl. klin. Wochenschr. No. 22. p. 1038.
504. Schäfer, O., Erfahrungen mit Bromural in der Kinderpraxis. Die Therapie der Gegenwart. März. p. 142.
505. Schdanow, M. A., Die Einwirkung von 606 auf das Auge. Diss. St. Petersburg.
506. Schelenz, Hermann, Schlaf- und todbringende Mittel in Shakespeares Dramen. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 35—37. p. 1019. 1042. 1079.
507. Schlimpert, Hans, Ueber die Verwendung des Narcophins in der Gynaekologie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 28. p. 1544.
508. Schmidt, Hermann, Zur Opiumwirkung. ibidem. No. 28. p. 1546.
509. Schmitt, Artur, Weitere Erfahrungen mit Salvarsan. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 28. p. 1330.
510. Derselbe. Klinische Erfahrungen mit Schindlers Joha. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 13.
511. Scholtz, Die Syphilisbehandlung mit Salvarsan. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1212.



512. Schreiber, E., Die Salvarsantherapie. Zeitschr. f. Chemotherapie. Referate. H. 1. p. 18.
513. Derselbe, Dosierung und Anwendung des Neosalvarsans. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 34. p. 1850.
514. Derselbe, Über Neosalvarsan. ibidem. No. 17. p. 905.
515. Schröder, Alfred, Meine Erfahrungen mit Bromural. Allg. Mediz. Central-Ztg. No. 25. p. 318.
516. Schrötter, H. v., Prophylaxe der Arbeit in komprimierter Luft. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2054.
517. Schwarz, Eduard, Ueber „Neurorezidive" nach Salvarsan. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 7. p. 99.
518. Schweinitz, G. E. de, Concerning the Treatment of Various Forms of Ocular Syphilis with Salvarsan. The Therapeutic Gazette. May. p. 305.
519. Derselbe and Shumway, True Syphilitic Iritis (Iritis papulosa) Treated with An Injection of Ehrlich „606". Internat. Clinics. Vol. IV. Twentieth Series. p. 7.
520. Sdanowitsch, W., Über einige neue Heilmethoden der atonischen Form der sexuellen Schwäche beim Manne. Aerztezeitung. (Russ.) **19.** 1439 (1483).
521. Seige, Max, Klinische Erfahrungen mit Neuronal. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 39. p. 1828.
522. Derselbe, Neuere Arbeiten über narkotische Mittel, besonders Schlafmittel. Medizin. Klinik. No. 47. p. 1920.
523. Shaw, T. B., Results of the Treatment of Syphilis with Salvarsan at the Royal Naval Hospital, Haslar. Brit. Med. Journal. I. p. 777.
524. Shiga, K., Die Wassermannsche Reaktion und der Verlauf derselben nach der Salvarsaninjektion. Berl. klin. Wochenschr. No. 41. p. 1937.
525. Sicard, J. A., Névralgie faciale „essentielle" et son traitement par les injections locales neurolytiques. Consultations médicales françaises. fasc. XXVI. Paris. A. Poinat.
526. Derselbe, A propos des injections locales d'alcool au cours de la névralgie faciale. Lyon médical. T. CXIX. p. 1132. **(Sitzungsbericht.)**
527. Derselbe, Labyrinthite double chez un syphilitique après traitement au 606. Gaz. des hôpit. p. 524. **(Sitzungsbericht.)**
528. Derselbe et Gutmann, Réactions des nerfs craniens après l'emploi du „606". Revue neurol. 1. S. p. 121. **(Sitzungsbericht.)**
529. Siebert, Herz und Morphium. Beihefte zur Medizin. Klinik. H. 6.
530. Sieskind, Richard, Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie. Berliner Klinik. Jan. Heft 283. Berlin. Fischers Med. Buchh. H. Kornfeld.
531. Silva, Carlos da, Réactions du Salvarsan en injections intraveineuses. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 9. p. 497.
532. Simon, Julius, Ueber Nebenwirkungen des Neosalvarsans. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 43. p. 2328.
533. Simonstein, Versuche mit dem neuen Schlafmittel Aponal. Allg. Mediz. Zentralzeitung. No. 11. p. 133.
534. Singer, Kurt, Über Wirkung und Anwendung des „Pantopon". **Sammelreferat.** Mediz. Klinik. No. 3. p. 116.
535. Sioli, Fr., Über klinische Erfahrungen mit einem neuen Schlafmittel, dem Luminal und seinem Natriumsalz. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 25. p. 1374.
536. Spiethoff, Salvarsan und Nervensystem. I. Teil. (Zur Statistik der Neurorezidive. Abhängigkeit der Neurorezidive von der Art der Salvarsanbehandlung. Verlauf des Salvarsanrezidivs, das Verhalten der Lumbalflüssigkeit. Behandlung der Neurorezidive, Bedeutung der Lumbalpunktion. Salvarsan bei Tabes und Paralyse. Die Lumbalflüssigkeit bei diesen unter Salvarsan. Salvarsan bei Luetikern mit Nervenerkrankungen nichtsyphilitischen Ursprungs.) ibidem. No. 20.—21 p. 1086. 1158.
537. Spillmann, L., et Boulanger, Résultats thérapeutiques de 100 injections de Néosalvarsan. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 7. p. 380.
538. Spitzer, Ernest, Die bisherigen Erfahrungen mit Ehrlichs Neosalvarsan. Zentralbl. f. die ges. Therapie. Nov. p. 561.
539. Spitzer, Ludwig, Praktische Winke zur Anwendung des Salvarsans. Allg. Wiener Mediz. Ztg. No. 39. p. 419.
540. Staeubli, Carl, Beobachtungen über Arsenüberempfindlichkeit. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 52. p. 2452.
541. Derselbe, Beobachtungen über Arsenempfindlichkeit. Deutsche Medizin. Wochenschrift. No. 52.
542. Stalewski, von, Über die Anwendung der Opiate, im besonderen des Narcophins, in der ärztlichen Praxis. Die Therapie der Gegenwart. Nov. p. 507.
543. Steiger, Otto, Unangenehme Begleiterscheinungen nach intramuskulärer Injektion von „Joha", einem 40prozentigen Salvarsanpräparat. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 37. p. 2000.



544. Steiner, Jodozitin und Arteriosclerose. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1371.
545. Stephenson, Sydney, Discussion on Salvarsan in Diseases of the Eye. Brit. Med. Journal. II. p. 1036. **(Sitzungsbericht.)**
546. Sternberg, W., Alcoholische Hypnotica. Therapie der Gegenwart. No. 12.
547. Stierlin, Eduard, und Schapiro, Die Wirkung von Morphium, Opium und Pantopon auf die Bewegungen des Verdauungstraktus beim Menschen und beim Tier. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 50. p. 2714.
548. Stokar, von, Erfahrungen über Salvarsan in der Praxis. Mediz. Klinik. No. 47. p. 1910.
549. Stolzenberg, R. A., Bornyval als Sedativum und Analepticum. Riedel Archiv. No. 3. p. 1.
550. Stopford - Taylor, G. G. S., Sixteen Months Experience of Salvarsan. Brit. Med. Journal. I. p. 713.
551. Strandberg, Witt, N., Möller, M., Salvarsanets biverkningar. Salvarsan och acusticus. 606. Salvarsan. Hygiea. LXXIV. No. 6.
552. Straub, Walther, Die pharmakodynamische Wirkung des Narkotins im Opium. Biochem. Zeitschrift. Bd. 41. H. 6. p. 419.
553. Derselbe, Ueber Narcophin, ein rationelles Opiumpräparat. Münch. Mediz. Wochenschrift. No. 28. p. 1542.
554. Stroscher, A., Zur Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan. ibidem. No. 40. p. 2161.
555. Derselbe, Erfahrungen mit dem Schindlerschen Joha in der Praxis. ibidem. No. 18.
556. Strümpell, v, und Müller, Eduard, Lumbalpunktion, Injektionstherapie bei Neuralgien, Elektrotherapie, Übungstherapie der Sprachstörungen, Psychotherapie. Therapeut. Technik für die ärztl. Praxis. 3. Auflage. Leipzig. Georg Thieme.
557. Struve, H., Zur Frage der sauren oder alkalischen Salvarsanlösung. Dermatolog. Wochenschr. No. 32. p. 1005.
558. Struycken, H. J. L., Die transantrale Alkoholeinspritzung bei Neuralgien des Trigeminus. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 5. p. 661.
559. Derselbe, Alkoholeinspritzungen bei Neuralgien der Zunge und des Kehlkopfes. ibidem. p. 300. **(Sitzungsbericht.)**
560. Stühmer, A., Klinische Erfahrungen mit Neosalvarsan. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 21. p. 983.
561. Derselbe, Ueber Neosalvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 45. p. 2447.
562. Stulz, Adamon. Therap. der Gegenwart. No. 12.
563. Stümpke, Gustav, und Brückmann, Emil, Zur toxischen Wirkung des Salvarsans. Berl. klin. Wochenschr. No. 7. p. 303.
564. Stursberg, H., Bemerkungen über Codeonal und Codeinum diaethylbarbituricum. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 18. p. 983.
565. Swift, Homer F., Anaphylaxis in Salvarsan. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 14. p. 1236.
566. Szametz, L., Salvarsan bei Chorea minor. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 43. p. 2333.
567. Szedlák, Edmund, Luminal, ein neues Schlafmittel. Allg. Wiener Medizin. Ztg. No. 51. p. 555.
568. Tauszk, Franz, Erfahrungen mit Adalin. Allg. Wiener mediz. Ztg. No. 31. p. 335.
569. Taylor, E. W., Progress in Treatment of Neuroses. Boston Med. and Surg. Journ. Aug. 29.
570. Tél, L., Die Anwendung des Salvarsans bei den luetischen Nerven- und Geisteskrankheiten. Elmeorvosi Ertekezlet Memkálatai. 6. 258.
571. Tersen et Dupuy, Note sur le néo-salvarsan. Gaz. des hôpit. p. 1133. **(Sitzungsbericht.)**
572. Thibout, La question de l'opium à l'époque contemporaine. Thèse de Paris.
573. Tiling, K., Über „Adalin". Therapeut. Monatshefte. Heft 10. p. 711.
574. Tischler, Hugo, Über die Unschädlichkeit des Bromurals. Medizin. Klinik. No. 19. p. 782.
575. Tomasczewski, E., Sammelreferat der Arbeiten über Salvarsan, die in der Zeit vom 20. Oktober 1911 bis 20. April 1912 erschienen sind. Ztschr. f. Chemotherapie. Referate. I. Jahrg. p. 313.
576. Topp, Rudolf, Über Aleudrin, ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel. Berl. klin. Wochenschr. No. 47. p. 2230.
577. Derselbe, Über Nucleogen. Allg. Mediz. Central-Zeitung. 1911. No. 43.
578. Derselbe, Athénsa und Arsen-Athénsa bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Fortschritte der Medizin. No. 39. p. 1129.
579. Touton, Ueber Neosalvarsan. Berl. klin. Wochenschr. p. 1497. **(Sitzungsbericht.)**
580. Traube, J., Über Arzneimittel und Gifte. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1441.



581. Trautgott, Richard, Adalin. (Sammelreferat.) Berl. klin. Wochenschr. No. 3. p. 115.
582. Travagliano, P. H. M., Over den invloed va Tiodine op het organisme. Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde. Tweede Helft. No. 20. 56. 1665.
583. Treber, H., Melubrin. Medizin. Klinik. No. 45.
584. Tresidder, Percy E. in Conjunction with Tresidder, Stanley, Treatment of Syphilis by Salvarsan or „606". The Practitioner. Vol. 89. No. 1. p. 93.
585. Troisfontaines, Un cas de mort à la suite d'une injection intraveineuse de dioxydiamidoarsénobenzol. Bull. Soc. franç. de Dermatol. No. 7. p. 365.
586. Derselbe, Note préliminaire sur un cas de mort après injection intraveineuse de Salvarsan. ibidem. No. 8. p. 245.
587. Tschirjew, S., Tabes atactica und die Behandlung postluetischer Nervenerkrankungen mit Quecksilber und Salvarsan. Kriegsmediz. Journ. (Russ.) 233. 45—69.
588. Tsiminakis, C., Nukleinsäurebehandlung der progressiven Paralyse. Wiener klin. Wochenschr. No. 49. p. 1939.
589. Tucker, B. R., The Rest Treatment. Old Dominion Journ. of Med. and Surgery. Febr.
590. Tzuzuki, J., Antiberiberitherapie der Beriberikrankheit. Leipzig. J. A. Barth.
591. Ullmann, Karl, Die Ausscheidungs- und Remanenzverhältnisse des Salvarsans in ihren Beziehungen zur Therapie. Wiener klin. Wochenschr. No. 4. p. 159.
592. Vanlair, Sur les injections d'alcool dans les tronc des nerfs. Bull. Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 10. p. 739.
593. Veale, Rawdon A., Complications Following the Administration of Hedonal. Brit. Med. Journal. II. p. 347.
594. Velden, Fr. van den, Grundsätzliches über die Arzneiwirkung. Fortschritte der Medizin. No. 52. p. 1639.
595. Vennin, Le traitement de la syphilis par le salvarsan au Val-de-Grâce. Gaz. des hopit. p. 584. (Sitzungsbericht.)
596. Vogel, Willy, Ein Fall von starkem Juckreiz an Handtellern und Fusssohlen im Anschluss an eine Salvarsaninjektion. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 16. p. 762.
597. Vollert, R., Drei Fälle von höchstgradiger Stauungspapille nach Salvarsaninjektion bei Lues. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 36. p. 1960.
598. Vorbrodt, Max, und Kafka, Viktor, Zur Enesolbehandlung bei metasyphilitischen Erkrankungen. Berliner klin. Wochenschr. No. 3.
599. Wachtel, Z., Aponal. Przegl. lekarskr. 11. Mai.
600. Wada, T., Klinische Beobachtungen von der Salvarsanbehandlung der syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Neurologia. Bd. XI. H. 6. (Japanisch.)
601. Waele, Henri de, Sur la médication de l'amblyopie nicotinique par la lécithine. (2e comm.) Arch. d'Ophthalmol. T. 32. No. 6. p. 356. u. Bull. Acad. Royale de Méd. de Belgique. No. 4. p. 321.
602. Wagner, Karl, Vorläufige Mitteilung über Salvarsanschäden am Gefässsystem nach intravenösen Injektionen. Allg. Mediz. Central-Ztg. No. 28. p. 359.
603. Walter, Xaver, Ueber die Wirkung des Adalins. Wiener klin. Wochenschr. No. 26. p. 1006.
604. Warrington, W. B., Treatment of Syphilis of Nervous System and of Parasyphilitic Diseases. Med. Press and Circular. April 3.
604a. Watkyn-Thomas, F. W., The Action of the Opium Alkaloids. The Bio-Chemical Journal. Vol. VI. Part. 4. p. 433.
605. Wechselmann, Wilhelm, Ueber Neosalvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 39. p. 2099.
606. Derselbe, Über die Wirkung des Salvarsans auf die Cerebrospinalflüssigkeit. Berl. klin. Wochenschr. No. 15. p. 688.
607. Derselbe, Über intralumbale Injektion von Neosalvarsan. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1446.
608. Derselbe, Über Überempfindlichkeit bei intravenösen Salvarsaninjektionen. Arch. f. Dermatol. Bd. CXI. N. 1—2. p. 155.
609. Derselbe, Ueber die „anaphylaktischen Erscheinungen" bei wiederholten intravenösem Salvarsaninjektionen. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 25. p. 1174.
610. Derselbe, Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol (Ehrlich-Hata 606). Bd. II. Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie in Beziehung zur Pathogenese und Heilung der Syphilis. Berlin. O. Coblentz.
611. Derselbe, Über den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie der Syphilis. Die Therapie der Gegenwart. Nov. p. 481.
612. Derselbe, Etat actuel de la salvanothérapie de la syphilis. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIV. No. 23. p. 881.
613. Weile, L., Ergotin-Koffein gegen Myocarditis, Arteriosklerose und Herzneurose. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 19. p. 1044. No. 28. p. 1555.



614. Weill, Mouriquand et Goyet, Amélioration remarquable d'une chorée grave et rebelle traitée par les injections rectales de Salvarsan. Lyon médical. T. CXVIII. p. 1480. **(Sitzungsbericht.)**

615. Weissbart, M., Über Adalin. Die Heilkunde. 1911. p. 616.

616. Weissenberg, S., Atropin bei Ohrensausen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2273.

617. Weissmann, R., Ueber Erfahrungen mit Lecithin-Schokoladetabletten (Glykocithin) bei erschöpfenden Krankheiten und bei Krankheiten des Nervensystems. Monatsschr. f. wissensch. Wasserheilk. No. 9. p. 193.

618. Derselbe, Über den therapeutischen Wert des Lecithins. Prager mediz. Wochenschr. No. 41. p. 585.

619. Welde, Poliklinische Behandlung der kongenitalen Lues mit Neosalvarsan (bzw. Salvarsan). **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2097.

620. Weston, R. A., Salvarsan as Drug. Journal of Jowa State Med. Soc. March.

621. Wetzel, A., Über ein neues Schlafmittel Luminal, mit spezieller Berücksichtigung seiner Verwendbarkeit zur subkutanen Injektion. Berliner klin. Wochenschr. No. 20. p. 937.

622. Wiegmann, E., Zur Salvarsantherapie bei Augenkrankheiten auf luetischer Basis, nebst Mitteilung einiger günstig beeinflusster Fälle von Augenmuskellähmungen. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Febr. p. 200.

623. Williams, Tom A., Diet in Nervous Disorders. New York Med. Journ. Vol. XCV. No. 14. p. 685. u. Medical Press and Circular. Oct. 30.

624. Derselbe, Salvarsan in Tabes and Late Lues of the Nervous System. Amer. Journ. of Dermatol. April. p. 198.

625. Wilson, N. W., Dangers of Salvarsan. New York State Journ. of Medicine. April.

626. Winfield, James M., Salvarsan as a Cure of Syphilis. A Résumé of Results Obtained in Cases after Ten Month Observation. Medical Record. April. p. 668.

627. Winternitz, H., Ueber Chineonal, die chemische Verbindung von Chinin und Veronal. Medizin. Klinik. No. 15. p. 614.

628. Derselbe, Ueber morphinfreies Pantopon und die Wirkung der Nebenalkaloide des Opiums beim Menschen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 16. p. 853.

629. Derselbe, Über sogenannte Pantoponvergiftungen nebst Bemerkungen über tabische Atemkrisen und über die Wirkung eines morphinfreien Pantopons. Therapeut. Monatshefte. Heft 3. p. 169.

630. Wolbarst, Abr. L., A Preliminary Report on Neosalvarsan, with Particular Reference to its Employment as an Intramuscular Injection. Medical Record. Vol. 82. No. 4. p. 145.

631. Wolff, A., und Mulzer, P., Zur Kasuistik der Behandlung der Syphilis mit Neosalvarsan. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1706.

632. Wolff, Walter, und Opp, Osmar, Beitrag zur Frage des Verhaltens der Bromsalze im Organismus. Medizin. Klinik. No. 16. p. 647.

633. Wright, F. R., Use of Salvarsan. Journal-Lancet. Nov. 15.

634. Wüstenberg, H., Beitrag zur Reinfektion nach Salvarsanbehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1666.

635. Wyss, von, Die Grundlagen der Bromtherapie. Epilepsia. Bd. IV. p. 75. **(Sitzungsbericht.)**

636. Yagi, S., Über die antitetanische Wirkung der Kalziumsalze. Arch. internat. de Pharmacodynamie. Vol. 22. fasc. 3—4. p. 259.

637. Yanniri, Michel, Parasyphilis et „Salvarsan". Arch. de Neurol. 10. S. T. II. No. 1. p. 59.

638. Zaloziecki, Alex., Liquor cerebrospinalis und Salvarsan. Berl. klin. Wochenschr. No. 36. p. 1717.

639. Zehbe, Narcophin, ein neues Morphiumersatzmittel. Münch. Med. Wochenschrift. No. 28.

640. Zeissl, M. v., Über die von Juli 1910 bis April 1912 mit Salvarsan gemachten Erfahrungen. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 21. p. 1405.

641. Zieler, Karl, Zur Frage der Idiosynkrasie gegenüber Salvarsan, insbesondere sind Hautimpfungen mit Salvarsanlösungen zur Feststellung einer vorhandenen Idiosynkrasie brauchbar? Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1641.

642. Ziem, Les équivalents du café (boisson décaféinée) dans les affections nerveuses et mentales. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. No. 6. p. 386.

643. Zinsser, Die Nebenwirkungen des Salvarsans. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1350. **(Sitzungsbericht.)**

644. Zimmern, F., Eine Salvarsanreaktion an den Zähnen. Berl. klin. Wochenschr. No. 23. p. 1088.



Die größte Anzahl der diesjährigen Arbeiten auf dem Gebiete der medikamentösen Therapie des Nervensystems stellt wiederum die Salvarsan-Literatur. Nachdem in dem vergangenen Jahre ein großer Rückschlag in bezug auf die Begeisterung der Wirkung bei der Syphilis und Metasyphilis des Zentralnervensystems eingetreten war, scheint man sich nach den neueren Erfahrungen wiederum der Salvarsantherapie bei diesen Leiden mehr zuzuwenden. Doch sucht man diese Leiden, besonders Tabes und Paralyse, energischer, frühzeitiger und länger zu behandeln und zieht prolongierte Kuren mit kleinen Dosen, 0,1—02, in größeren Intervallen vor. Auch die kombinierte Anwendung von Salvarsan und anderen Quecksilberkuren (Unguent. usw.) wird empfohlen. Ob dem Neosalvarsan eine geringere Gefährlichkeit, schnellere und intensivere Wirkung neben der geringfügigeren intramuskulären Reizung zukommt, bleibt noch dahingestellt. Der Streit über die Art der toxischen anaphylaktoiden Wirkung der Injektionen dauert fort, wenn auch bei manchen Menschen ohne weiteres eine Überempfindlichkeit und Idiosynkrasie gegen dieses Mittel zugestanden wird. Auch in der Frage der Neurorezidive ist eine Einigung nicht erzielt; wenn sich auch die syphilitische Natur derselben immer mehr bestätigt, ist doch der Einfluß des Salvarsans auf eine Auslösung, Mitwirkung bei der häufigen Entstehung der Neurorezidive nicht ganz von der Hand zu weisen. — Über die Wirkung der Kombination von Arzneimitteln wurden auch reichlich Versuche angestellt, die der Beachtung wert sind. — Von neueren Jod- und Brompräparaten seien das Jodozitin (Jod-Lezitin-Eiweiß) und Adamin (Bromborneol) hier erwähnt. Über die verschiedenen Gruppen der Schlafmittel liegen bemerkenswerte Arbeiten vor (Gregor), die namentlich den Blutdruck und die Einwirkung auf die geistige Leistungsfähigkeit zum Gegenstande haben. — Bewährt hat sich als Sedativum und leichtes Hypnotikum Adalin, das auch in größeren Mengen, 3—4 Tabletten, keine ungünstigen Nebenwirkungen hat, aber bei stärkeren Graden von Schlaflosigkeit oder Erregung versagt. Als Sedativum ist es stets zu schätzen. — Über die Wirkung des Aleudrins sind die Untersuchungen noch nicht ausreichend. Am meisten wurde über Luminal gearbeitet, das neben seinen großen Vorteilen doch auch Schattenseiten hat. Nach größeren Dosen sind bei Schwächlichen und Arteriosklerose Rauschzustände, Taumeln, Benommenheit, Blutdruckschwankungen, Exantheme beobachtet. Auch wird die individuelle Verschiedenheit der Wirkung besonders hervorgehoben. Ein großer Vorzug liegt in der subkutanen Anwendung, die, mit Vorsicht vorgenommen (0,74 bei einer 37,5prozentigen Luminalnatriumlösung), gut vertragen wird und auch mit Morphin kombiniert werden kann. Doch wirkt die Luminal-Injektion nicht so schnell und sicher wie die Skopolamin-Injektion. Luminal ist 2—3mal so toxisch als Medinal und Veronal, und man prüft die Wirkung besser mit kleinen Dosen 0,1 bis 0,3, ehe man zu den großen 0,4—0,8 übergeht. Die Leistungsfähigkeit am folgenden Tag scheint nach Medinal eine sicherere zu sein als nach Luminal, das wohl als Hypnotikum mehr Wert hat wie als Sedativum. — Als mildes Schlafmittel besonders bei Hustenreiz, Schmerzen wird auch Codeonal zu empfehlen sein. — Pantopon hat sich weiter gut bewährt. — Ein anderes Ersatzpräparat des Morphins, „Narkophin“, wirkt weit schwächer als Morphin selbst.

Allgemeines.

Hughes (270) eifert hier gegen den Mißbrauch der Wiederholung gefährlicher Rezeptvorschriften. Er empfiehlt, auf wichtige Rezepte hinzuzusetzen, daß der Apotheker das Rezept zurückhalten müsse, es weder kopieren noch wiederholen darf ohne Erlaubnis des Arztes. Namentlich



sind die Studierenden über den Mißbrauch aufzuklären, der mit Rezepten getrieben werden kann.

Nach **Mörchen** (404) ist Gelonida eine neue Tablettenform, die sehr rasch in Flüssigkeit und speziell auch im Magensaft zerfällt und für die Anwendung der Hypnotika besonders empfohlen wird.

von der Velden (594) übt scharfe Kritik an der Wirkung der verschiedenen Arzneimittel, und zwar an und für sich, losgelöst von der Absicht und Erwartung, in der sie der Verordnende gibt und der Kranke nimmt. Die Mehrzahl der von der Apotheke gelieferten Mittel hat keine Existenzberechtigung. Nur unwirksame Mittel sind unschädlich. Alle wirksamen sind giftig, wie z. B. Digitalis, Morphium. Man kann hier nicht nützen, ohne zu schaden. Innerhalb der Arzneimittelgruppen gibt es nur eine kleine Anzahl, die berechtigt ist.

Die dritte Auflage der Therapeutischen Technik Schwalbes enthält eine Übersicht über einzelne das Nervensystem betreffende Gebiete von **v. Strümpell** und **Müller** (556). Der erste Abschnitt behandelt die Lumbalpunktion, der zweite die Injektionstherapie bei Neuralgien, der dritte, die Elektrotherapie, enthält einen allgemeinen Teil und einen speziellen. Im vierten Abschnitt wird die Übungstherapie bei Sprachstörungen erörtert. Der fünfte Teil, die Psychotherapie, handelt von der Suggestion, von der Hypnose und der psychischen Behandlung der funktionellen Neurosen und einzelner ihrer Erscheinungen.

Kochmann's (311) Untersuchungen lehrten, daß die Burgische Ansicht, daß Substanzen, die gleichen Reihen angehören, bei ihrer Kombination eine Addition ihrer Wirkungen zeigen, und solche, die aus verschiedenen Gruppen stammen, sich in ihrer Wirkung potenzieren, als allgemein gültiges Gesetz nicht aufrecht erhalten werden kann. Eine einheitliche Erklärung für potenziertes Zusammenwirken ist auf Grund unserer heutigen Kenntnisse nicht möglich. Es muß von Fall zu Fall untersucht werden, welche Substanzen sich addieren, und welche sich in ihrer Wirkung über das arithmetische Mittel hinaus verstärken. Eine kombinierte Anwendung von Arzneimitteln hat nur unter bedingten Verhältnissen Zweck, und vor allem ist darauf zu achten, daß die toxischen Nebenwirkungen ebenfalls eine gleich große Verstärkung erfahren.

Schelenz (506) führt eine große Zahl von pharmazeutischen Mitteln an, die in Shakespeares Dramen genannt werden, und versucht, bei einigen unklaren Mitteln ihre Natur festzustellen. (*Prager.*)

Ebstein (146) gibt eine historische Übersicht über die Verwendung von hängenden und schaukelnden Betten im Altertum und Mittelalter bei den verschiedensten Krankheiten, speziell bei Psychosen und empfielt dann aufs neue den von A. Epstein angegebenen Schaukelstuhl für Rachitiker und Schwächlinge. Statt des Schaukelstuhles kann auch ein einfaches Schaukelpferd verwendet werden, an dem statt der Steigbügel kleine Brettchen als Fußstützen angebracht sind. (*Prager.*)

Die Versuche **Bürgi**'s (81) nähern sich möglichst den für die Therapie maßgebenden Verhältnissen in ihrer ganzen Anordnung und zeigen, daß die pharmakologische Verschiedenartigkeit der einzelnen Glieder eines Arzneigemisches eine Wirkungspotenzierung hervorrufen muß. Für zahlreiche Kombinationen ist das sichergestellt, für die gebräuchlichen Narkotika in ihrem ganzen Umfang erwiesen und durch die Erfahrungen der Praktiker erhärtet. Die Arzneien derselben Hauptgruppe haben bei gleichzeitiger Wirkung im allgemeinen dann einen potenzierenden Gesamteffekt, wenn sie verschiedene pharmakologische Angriffspunkte haben.



a) Roborierende Mittel.

Nukleogen wirkte auf Appetit, Schlaf, Psyche und den Hämoglobingehalt des Blutes günstig. Meist wurde es in Tabletten per os gegeben. Injektionen sind mitunter schmerzhaft. **Hornstein** (265) wählte dazu die oberste Partie der Glutäen und sticht die Nadel ziemlich tief senkrecht ein. Eine sichtbare Reaktion tritt hier nur selten ein.

Metzger (392) behandelte Erschöpfungszustände erfolgreich mit Nukleogen, das zur Hebung des Appetits schneller beitrug als andere Mittel; meist genügte der Gebrauch in 4—5 Wochen. Die subkutane Anwendung macht wohl etwas Schmerzen, doch gehen dieselben schnell vorüber.

Tsiminakis (588) sah von der Nukleinsäurebehandlung der Paralyse gute Erfolge und in einem großen Prozentsatz der Fälle ziemlich bedeutende Remissionen.

Weißmann (617) empfiehlt hier Lezithin-Schokolade-Tabletten bei Schwächezuständen und Krankheiten des Nervensystems.

Weißmann (618) empfiehlt Lezithol (Riedel) in Form von Granules als besonders gutes Stimulans.

Aus einer Reihe von klinischen Beobachtungen schließt **de Waele** (601), daß die Nikotin-Amblyopie durch Lezithin gut beeinflußt wird; insbesondere wird bei akuten Fällen die Sehschärfe in kurzer Zeit wieder zur Norm zurückgebracht. Auch veraltete Fälle werden schnell gebessert, doch wird hier eine vollkommene Heilung im allgemeinen nicht mehr erzielt.

Rhodalzid, eine Verbindung von Rhodan und Eiweiß, wirkte nach **Nerking** (414) gut bei Arteriosklerose, bei Gicht, bei Tabikern, Infektionskrankheiten und Morbus Basedowii.

Kola wirkte nach **Ollendorff** (427) günstig bei allen Zuständen, in denen Ermüdungsgefühle verscheucht werden und eine Anregung der Nerven- und Herztätigkeit hervorgerufen werden soll; bei Neurosen depressiven Charakters ist es sehr nützlich, bei Erregungszuständen meidet man es besser. Der Verf. empfiehlt die Mühlrad-Kola-Tabletten 3mal täglich 2 Stück.

Ziem (642) hebt hervor, daß der gewöhnliche Kaffee zwar momentan die körperliche oder geistige Arbeit eines Individuums erleichtert, daß diese exzitierende Wirkung jedoch auf Kosten des Organismus mit einer erhöhten Verbrennung von Nährmaterial einhergeht. — Dem koffeinfreien Kaffee fehlt, wie aus Versuchen an Nerven- und Geisteskranken hervorgeht, dieser stimulierende Einfluß; im Gegenteil scheint er eine gewisse beruhigende Wirkung auszuüben.

Chassevant (104) hat die im Handel befindlichen koffeïnfreien Kaffeearten auf ihren Koffeïngehalt untersucht und gestattet den Vermerk „koffeïnfrei" nur solchen Marken, deren Koffeïngehalt 0,20 % nicht überschreitet. Erst bei diesem Prozentgehalt bleibt die schädliche Wirkung auf Herz und Nieren aus, so daß der Genuß solchen Kaffees, der an Geschmack und Aroma keine Einbuße erlitten hat, auch Kranken erlaubt werden kann. (*Lotz.*)

Ergotin-Koffein scheint, wie **Weile** (613) beobachtete, bei Arteriosklerose und Herzneurosen günstig zu wirken. Gegeben wurde subkutan 1,0. In Tabletten kann es auch intern verabreicht werden, wo die Wirkung etwas langsamer eintritt.

b) Antirheumatika. Antineuralgika.

Auch **Benke** (45) sah von dem leicht löslichen und neutral reagierenden Kalziumsalz des Aspirin eine ebenso gute Wirkung wie von Aspirin. Es hat keine Nebenerscheinungen und schont die Nieren.



„Aspirinlöslich" — das Kalziumsalz der Azetylsalizylsäure zeichnet sich nach **Görges** (216) durch seine leichte Wasserlöslichkeit und neutrale Reaktion aus. Das aufgelöste Präparat muß frisch verwendet werden, da sich beim Stehen Essigsäure abspaltet. „Aspirinlöslich" wird von Patienten gut vertragen, die das bisherige Aspirin nicht ohne Beschwerden nehmen konnten. Die Wirksamkeit ist dieselbe wie die des einfachen Aspirins, speziell auch bei Neuralgien, tabischen Krisen, Migräne usw.

Lewin's (346) Versuche lassen es nicht zweifelhaft erscheinen, daß die Kombination des Kalziums mit Azetylsalizylsäure, wie sie im Kalmopyrin hergestellt ist, eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bildet. Wegen seiner leichten Löslichkeit ist es in der Kinderpraxis besonders zu empfehlen. Es wirkt im Gegensatz zum Natronsalizyl blutdrucksteigernd und die Herzkraft vermehrend.

Fromm (189) weist auf die nahen Beziehungen der Chorea zum Rheumatismus hin, auch eine Erweiterung der Schilddrüse ist bei Chorea nicht selten und nicht ohne Bedeutung. In der Mehrzahl der Choreafälle nützen die Salizylpräparate; sie kürzen den Verlauf ab, verhindern das Auftreten von Komplikationen wie Endokarditis usw.

Melubrin, ein neues Antipyrinderivat, ist, wie **Hoppe** (264) hervorhebt, ein gutes Antipyretikum und Antineuralgikum. Da das Mittel in wässerigen Lösungen nicht gut haltbar ist, gibt man es am besten in Pulverform (3 bis 4 mal täglich 1 g).

Bardet (26) faßt die Ergebnisse der Untersuchungen und Erfahrungen über das Melubrin zusammen, beschreibt seinen chemischen und physikalischen Charakter und seine therapeutische Wirkung bei verschiedener Dosierung. Dosen von 0,5 bis 1,0 gr wirken bereits kräftig herabsetzend auf das Fieber; 8 gr pro die werden noch ohne jede Beschwerde vertragen. Es leistet ausgezeichnete Dienste bei akutem Gelenkrheumatismus, wenn es täglich drei- bis viermal in Dosen von 1—2 gr genommen wird; ohne Wirkung auf Herz und Puls kann es auch bei Endokarditis und selbst bei schwerer Dekompensation des Herzens ohne Gefahr gegeben werden. Beim chronischen, fieberfreien Rheumatismus genügt dreimal 1 gr pro die, und erst bei größeren Dosen muß der Patient das Bett hüten. Die Schweißproduktion, die durch Melubrin hervorgerufen wird, ist viel geringer, wenn sie überhaupt auftritt, und weniger unangenehm als beim Gebrauch von Salizylpräparaten. Der Einfluß auf den chronischen Gelenkrheumatismus, die Myositis und die schwere Ischias ist sehr günstig. Rezidive der akuten Polyarthritis sind viel seltener als nach Natrium-salicylicum-Behandlung. Nach Eintritt der Heilung des schweren Gelenkrheumatismus muß der Patient weiter acht bis zehn Tage im Bett gehalten werden und die Verabreichung von dreimal 1 gr Melubrin pro die fortgesetzt werden. Immer war die Behandlungsdauer kürzer als nach Gebrauch von Salizylaten. (*Lotz.*)

Müller (410): Melubrin, ein Antipyrinderivat, bewährte sich als Antineuralgikum und als Antirheumatikum. Es blieb frei von Nebenerscheinungen und wurde selbst in größerer Dosis bei schweren Herzfehlern gut vertragen.

Melubrin stellt ein wasserlösliches Antipyrinderivat dar, das phenyldimethylpyrozolonamidomethansulfonsaure Natrium. Es wird nach **Riedel** (479) in Dosen von 1,0 g 3—4 mal täglich gegeben. Auch als Analgetikum wirkte es gut und besonders günstig eine Kombination von Melubrin 1,0 und Acid. acetylosalicyl. 0,5. Schädliche Nebenwirkungen wie sonst bei den Antipyrin- oder Salizylpräparaten sind nicht beobachtet.



Treber (583) empfiehlt das Melubrin als ein neues Antipyretikum, das den Salizylpräparaten an Wirkung wenig nachsteht. Es wird gut vertragen und macht keine Nebenerscheinungen.

Klinische Erfahrungen mit Salvarsan.

Dreyfus (137) behandelt in einer ausführlichen Studie die Frage der Dosierung des Salvarsans. Er empfiehlt, in allen Stadien der Lues und Metalues große Salvarsandosen (5—6 g), am besten in Kombination mit Quecksilber, zu geben.

Berger (47) hat seine Kranken mit kombinierter Methode — Salvarsan + Schmierkuren — behandelt. Bei keinem der Patienten traten nach dieser Therapie weitere Symptome von Lues auf; das bedeutet also für Primäraffekte in 100% Ausbleiben von Sekundärerscheinungen und für die Lues II 100% Rezidivfreiheit. Einzelne interessante Fälle werden ausführlich besprochen.

Foerster (181) behandelt kurz die Fragen der Technik und Dosierung der Salvarsaninjektion. Hinsichtlich des Neurotropismus glaubt Verf. dem Salvarsan einen gewissen toxischen Einfluß zuerkennen zu müssen. Die therapeutischen Resultate waren günstig.

25 Krankengeschichten von **Raïmist** (465) von Neurosyphilisfällen mit Salvarsan behandelten. Dazu ist ein Schema beigefügt, das einen Beitrag zur gesamten Anzahl der Fälle und nicht zu den abgesonderten, resp. ohne die lokalisierte Koordination, darstellt. Auf seine Statistik sich stützend, meint der Verf., daß erstens die allgemeinen Symptome (allgemeines Befinden, Anwachsen von Muskelkraft) sich verbessern. Weiter geht die Urinationverbesserung, Anwachsen von Körpergewicht, endlich Erscheinen besseren Gesichtsausdrucks (besonders das letztere sollte der Verf. mit den ausgesonderten Formen verbinden!). Verf. hat keine Komplikationen und Neurorezidive nach Salvarsan gesehen. Die Wirkung von Salvarsan stellt Verf. nicht höher als diejenige von Hg u. J. (*Heimanowitsch.*)

Bernheim (52) betont, daß die Infusionen saurer Salvarsanlösungen oft mit heftigen Reaktionen und bisweilen mit erheblichen Gefahren für den Patienten verknüpft sind. Der therapeutische Nutzen ist in keinem Falle größer als der mit alkalischen Lösungen erzielte. Mit Rücksicht hierauf ist daher nur die Anwendung alkalischer Salvarsaninjektionen ratsam.

Mc Intosh (380) faßt in kurzer Besprechung die englischen Berichte über Salvarsan zusammen; fast alle Autoren betonen übereinstimmend den hohen Wert des neuen Spezifikums für die Behandlung der Syphilis.

Kennard und **Gordon** (301) berichten kurz über 200 mit Salvarsan behandelte Patienten. Das Mittel wurde kombiniert mit Quecksilber angewandt. Ein ernster Zwischenfall war nie zu verzeichnen. Salvarsan ist nach dem Urteil der Autoren ein äußerst wertvolles Präparat zur Bekämpfung der Syphilis. Zu hoffen ist auch, daß durch die spezielle Kombination von Quecksilber und Salvarsan die Entwicklung der Tabes und Paralyse verhindert wird.

Nach **Kannengießer**'s (295) Beobachtungen hat Salvarsan in allen Stadien der Syphilis sowohl allein als auch noch besser in Kombination mit Jod und Quecksilber die syphilitischen Erscheinungen zum Schwinden gebracht. Zur Erzielung eines Dauererfolgs sind 3—4 g Salvarsan im Verein mit einer Schmierkur von etwa 180 g notwendig. — Das gehäufte Auftreten von Neurorezidiven seit Beginn der Salvarsanära findet seine Erklärung in einer gewissen nervenschädigenden Wirkung des Mittels.



Die Beurteilung des Wertes der Salvarsantherapie hängt nach **Oppenheim** (430) von der Beantwortung folgender drei Fragen ab:

1. Kann Salvarsan sämtliche Syphilis-Spirochäten abtöten? — Antwort: Nur im allerersten Stadium der Syphilis, späterhin nicht mehr.

2. Schädigt Salvarsan den Organismus? — Antwort: Mit Rücksicht auf die Neurorezidive ist ein gewisses bei der Salvarsanbehandlung entstehendes Risiko zuzugeben.

3. Welches ist die beste Anwendungsweise des Salvarsans? — Antwort: Die intravenöse Injektion ist die Methode der Wahl.

Nach dem heutigen Wissensstande muß Quecksilber als das wichtigere, Salvarsan als das energischere Mittel gelten.

Nach Ansicht von **Saynisch** (502) ist die kombinierte Salvarsan-Quecksilber-Behandlung die zweckmäßigste. Eine negativ gewordene WaR. soll nie zum Aussetzen der Dauerbehandlung veranlassen. Letztere ist unter ständiger klinischer und serologischer Kontrolle für mindestens 2—3 Jahre notwendig.

Freund (187) gibt eine Übersicht über eine Reihe gut gelungener Abortivkuren mit Salvarsan. Es wurde — wenn möglich — zunächst die Exzision des Ulcus vorgenommen, sodann eine intravenöse Salvarsaninjektion (0,4—0,5) gegeben, hieran eine 3—4wöchentliche Merkurialkur angeschlossen und schließlich eine intramuskuläre Salvarsaninjektion appliziert.

v. Stokar (548) betont den hohen Wert der Salvarsanbehandlung für den Praktiker; sie bietet ihm in der Kombination mit Quecksilber eine äußerst wirksame und sichere Waffe im Kampf gegen die Syphilis.

Rissom (481) kommt auf Grund klinischer Beobachtungen zu folgenden Schlüssen: Die kombinierte Salvarsan-Quecksilber-Behandlung bietet begründete Aussicht, Wassermann-negative Primäraffekte abortiv zu heilen. Die spezifische Kur ist möglichst früh zu beginnen. Bei Wassermann-positiven Primäraffekten und Fällen sekundärer Syphilis ist die Möglichkeit einer Abortivbehandlung mit Hg und Salvarsan gering. Um hier eine zu brüske Wirkung des Salvarsans zu vermeiden, ist achttägige Vorbehandlung mit Hg anzuraten. Späterhin intermittierende Salvarsan-Hg-Behandlung.

Shaw (523) betont, daß Salvarsan in der Mehrzahl der Fälle syphilitische Läsionen schneller zum Verschwinden bringt als Quecksilber; ebenso ist seine spirochätenvernichtende Wirkung größer. Sein Vermögen, die positive Wassermannsche Reaktion in eine negative überzuführen, ist stärker als die des Quecksilbers. Schließlich ist sein tonisierender Effekt von wesentlicher Bedeutung. — Salvarsan ist überall dort indiziert, wo aktive Zeichen von Syphilis vorhanden sind.

De Favento (167) hat einen Todesfall sowie 3 Fälle von starken Intoxikationserscheinungen beobachtet. Im übrigen sah er gute Resultate.

(*Audenino.*)

Schmitt (509) leitet die Behandlung frischer Syphilisfälle durch eine oder mehrere Salvarsaninjektionen ein. Sodann wird mit einer energischen Quecksilberkur eingesetzt. Im weiteren Verlaufe wird dann unter Kontrolle der Wassermannschen Reaktion mit kräftigen Quecksilberkuren und dazwischengelegten Salvarsaninjektionen behandelt. — Mit dieser Form der Therapie scheint eine abortive Syphilisbehandlung am ehesten möglich.

Sieskind (530) bespricht in übersichtlicher Form den gegenwärtigen Stand der Salvarsantherapie und präzisiert genau die Indikationen und Kontraindikationen der Anwendung des Mittels.

Schreiber (512) erörtert Technik, Dosierung und Wirkungsweise des Salvarsans. Er gibt weiter einen zusammenfassenden Überblick über die



bisher behandelten klinischen Fälle und hebt insbesondere hervor, daß Salvarsan an Promptheit der Wirkung der alten Quecksilbertherapie entschieden überlegen sei.

Winfield (626) schließt aus seinen Beobachtungen, daß, obwohl Salvarsan ein mächtiges Antisyphilitikum ist, es doch die Krankheit nicht sicherer als Quecksilber heilt; es bringt jedoch die klinischen Symptome schneller als irgendeines der bekannten Heilmittel zum Verschwinden. Jeder Patient soll nach der Salvarsaninjektion noch einer Quecksilberkur unterworfen werden. — Die Seroreaktion muß stets genau kontrolliert werden. — Die intravenöse Injektion ist die Methode der Wahl, besonders wenn ein schneller Effekt gewünscht wird.

v. Zeißl (640) hat in dem angegebenen Zeitraum 294 Patienten mit Salvarsan behandelt und hat mit dem Präparat sehr günstige Erfolge erzielt. Salvarsan ist in seiner Heilwirkung dem Jod und Quecksilber weit überlegen. Irgendwelche Nervenschädigungen wurden nicht beobachtet.

Ledermann (324) kombiniert das Salvarsan, welches er als stark wirkendes Spezifikum gegen Syphilis erprobt hat, mit Quecksilberkuren. — Es übertrifft das Quecksilber an Sicherheit und Schnelligkeit der Wirkung in der Behandlung der tertiären und malignen Lues. — Die Frage, ob alle Neurorezidive syphilitischer Natur sind, ist noch nicht vollkommen geklärt; die Mehrzahl ist es jedenfalls. — Spezifische periphere Nervenerkrankungen werden durch Salvarsan oft zur Rückbildung gebracht, während bei Lues cerebri die Heilerfolge nur unsicher sind.

Schmitt (510) fand in dem Schindlerschen Joha ein steriles haltbares Gemisch des Salvarsans, in welchem dessen Wirkung nicht sehr wesentlich reduziert wird.

Seine Anwendung ist für den Kranken bei richtiger Technik frei von dauernden Schädigungen. Es ist für alle die Fälle zu empfehlen, in denen die intravenöse Zufuhr des Salvarsans nicht angebracht erscheint. Seine Wirkung entspricht etwa der einer kleineren intravenös gegebenen Dosis Salvarsans, tritt allerdings etwas verzögert ein.

Andronescu (7) empfiehlt dringend die Anwendung von Salvarsan bei hereditär luetischen Kindern; die Erfolge sind bei intravenöser oder intramuskulärer Injektion überraschend gut. Eine ausgezeichnete Wirkung hat Verf. auch bei der indirekten Behandlungsmethode, d. h. bei intravenöser oder intramuskulärer Salvarsanbehandlung der Mutter des Säuglings, beobachtet. (*Misch.*)

Audry (13) hält die Salvarsanbehandlung für durchaus indiziert bei syphilitischem Schanker vor dem Exanthem und bei spezifischen Symptomen, die der Quecksilber- und Jodbehandlung widerstehen. Im zweiten Stadium bringt das Salvarsan mehr Nachteile als Vorteile, es ruft einerseits Vergiftungssymptome, anderseits Neurorezidive hervor. Es empfiehlt sich daher, im zweiten Stadium möglichst wenig Patienten und mit möglichst wenig Injektionen zu behandeln; gleichzeitige Quecksilberbehandlung verstärkt die Salvarsanwirkung und schwächt die Zahl und Stärke der Neurorezidive ab. Verf. schlägt daher vor, bei Primäraffekt zwei Injektionen von je 0,6 zu machen, sich aber bei allgemeiner früher oder später Syphilis möglichst auf eine einzige Injektion von 0,6 gr zu beschränken, die unter Umständen nach zehn Tagen zu wiederholen und mit gleichzeitiger Quecksilberbehandlung zu kombinieren ist. (*Misch.*)

Favento (166) findet das Salvarsan stets wirksam, auch in sonst unbeeinflußbaren Fällen; auch das Neosalvarsan ist gleich wirkungsvoll, bietet jedoch den Vorteil der vereinfachten Zubereitung. (*Misch.*)



Fordyce (182) findet den Erfolg der Salvarsanbehandlung abhängig von dem Alter der Infektion. Im frühen Stadium erfolgt durch drei bis vier Dosen, unter gleichzeitiger Quecksilberbehandlung, Heilung in sechs bis zwölf Monaten. Bei florider Syphilis sind fünf bis sechs Salvarsandosen mit mehreren Quecksilberkuren erforderlich. Bei einigen Formen von Lues cerebrospinalis ist Salvarsan sehr günstig, besser als Quecksilber und Jodkali. Bei maligner Syphilis werden oft überraschende Erfolge mit Salvarsan erzielt, wenn Quecksilber völlig versagt hat. Am besten ist immer kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, nur im ersten Stadium genügt Salvarsan allein. (*Misch.*)

Fuchs (191) berichtet über die Wirkung einer einzigen intramuskulären Injektion von 0,6 Salvarsan in 216 Fällen. Die Wassermannreaktion war und blieb nach der Injektion negativ in 16 Fällen, wurde positiv in vier Fällen, war nach der Injektion positiv, um dann negativ zu werden und zu bleiben in 46 Fällen, war nach der Injektion positiv, dann negativ und dann wieder positiv in zehn Fällen, blieb dauernd positiv in 20 Fällen. Die Beobachtungsdauer betrug zwei bis sieben Monate. Die Schädlichkeit ist minimal, die Wirkung setzt sofort ein. Das Arsen ist noch nach sechs Monaten im Urin nachweisbar. Besonders angezeigt ist die intramuskuläre Injektion bei häufigen Rezidiven, Spätformen und Sklerosen. Die Behandlung darf nur in der Klinik erfolgen. (*Misch.*)

Goldbach (211) hält die intravenöse Salvarsanbehandlung für eine sehr wertvolle, unentbehrliche Methode. Am wirksamsten ist die kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung, besonders bei Frühbehandlung. Gefahren, die in einer zu stürmischen Reaktion auf Salvarsan bestehen können, können durch 14tägige Vorbehandlung mit Quecksilber oder Jod herabgemindert werden. Es wird dann noch die kombinierte Behandlung, so wie sie in der Lesserschen Klinik üblich ist, beschrieben. (*Misch.*)

Grünberg (230) gibt einen zusammenfassenden Bericht über die Salvarsanbehandlung, über deren Erfolge er sich sehr günstig äußert. (*Misch.*)

Haccius (244) gibt zwei Spritzen Salvarsan (0,4 : 40) intravenös. Nach mehr als vier Monaten hatte er an mehr als 90 % der Fälle keine Rezidive beobachtet, bei 60 bis 70 % war die Wassermannreaktion negativ geblieben. Die Behandlung, die ohne wesentliche Nebenerscheinungen verlief, wurde ambulant durchgeführt. Die besten Erfolge wurden im Frühstadium, besonders bei der Behandlung kurz bestehender Initialsklerosen erzielt; weniger gut, aber doch günstig waren die Ergebnisse bei Spätsyphilis und im Latenzstadium. Rezidive waren selten und dann meist am Nervensystem. (*Misch.*)

Klotz (309) empfiehlt, das Salvarsan für die Fälle zu reservieren, bei denen man mit Quecksilber nicht auskommt, und schließt sich der Indikationsstellung von Sieskind an. (*Misch.*)

Moldovan (402) gibt intraglutäal eine einmalige Injektion von 0,6 gr Salvarsan in monazider Lösung und hat damit Dauererfolge beobachtet, die günstiger sind als die nach mehrmaliger intravenöser Injektion, besonders beim Primäraffekt. Die Nebenwirkungen sind gering und höchstens lokaler Natur. (*Misch.*)

Neuwelt (416) berichtet von einem Fall von Lues, der im ersten Stadium mit Quecksilber und intramuskulärer Salvarsaninjektion behandelt wurde und vier Monate später eine typisch luetische Mundaffektion aufwies, die auf intravenöse Salvarsaninjektion, unter Negativwerden der Wassermannreaktion, verschwand. (*Misch.*)

Oltramare (429) hat beobachtet, daß eine einzelne intravenöse Injektion von Salvarsan in einer Dosis von 0,01 gr pro kg Körpergewicht,



wobei 0,6 g nicht überschritten werden dürfen, bei Anwendung im ersten Stadium vor dem Auftreten von Sekundärerscheinungen in 85% der Fälle Heilung bringt. Im allgemeinen sind mehrere Injektionen nicht besser als eine einzige, aber gefährlicher, da die Gefahr proportional der Injektionszahl wächst. Andernfalls muß nach derselben Methode wie im zweiten Stadium verfahren werden, d. h. entweder eine kombinierte Quecksilber-Salvarsanbehandlung oder eine chronisch intermittierende Salvarsankur verordnet werden. Als Kriterium der Heilung rät Verf., nicht das Negativwerden der Wassermannreaktion anzusehen, sondern mehr Wert auf das Verschwinden der klinischen Symptome zu legen. Denn zweifellos ist das Salvarsan wirksamer, als der Ausfall der Wassermannreaktion im allgemeinen vermuten läßt. (*Misch.*)

Post (461) schätzt das Salvarsan als schnellstes und wirksamstes Antisyphilitikum. Die durch das Mittel gegebenen Gefahren sind nur der Art, daß Vorsicht geboten ist, nicht aber, daß man es aufgeben müßte. Absolute Heilung zu versprechen, ist nicht möglich. Salvarsan soll mit Quecksilber kombiniert, in allen Fällen, wo die Diagnose noch vor den Allgemeinerscheinungen gestellt wurde, angewandt werden, ferner dann, wenn andere Medikamente nicht weiter bringen. Es soll nicht in großen Dosen, sondern möglichst in mittleren und nur ausnahmsweise in sehr kleinen Dosen gegeben werden. (*Misch.*)

Rosenthal (487) empfiehlt die intravenöse Anwendung des Salvarsans, rät aber von der Behandlung von kongenital luetischen Kindern ab. Die Nebensymptome sind selten, zuweilen findet sich Überempfindlichkeit. Die größte Bedeutung liegt in der abortiven Wirkung bei frischer Infektion. Im großen und ganzen ist die kombinierte Behandlung mit Quecksilber und Salvarsan zu empfehlen. (*Misch.*)

Shiga (524) berichtet über die Salvarsanerfolge am Institut für Infektionskrankheiten in Tokio (Kitasato). Die Beinflussung der Wassermannreaktion durch das Salvarsan ist bedeutend besser bei intravenöser als bei subkutaner oder intramuskulärer Injektion; auch die Rezidive sind bei der ersten Anwendung sehr viel seltener. (*Misch.*)

Struve (557) beobachtet häufigere und stärkere Reaktionserscheinungen bei der Anwendung von saurer Salvarsanlösung als bei alkalischer. Vor allem ist auch die alkalische Lösung wirksamer als die saure. (*Misch.*)

Tresidder (584) rühmt Salvarsan als glänzendes Antisyphilitikum, das besonders unentbehrlich ist bei maligner Lues und bei Fällen, die auf Quecksilber nicht reagieren. Schanker, Schleimhautaffektionen und Kondylome verschwinden 48 Stunden nach der Injektion. Da sie die Hauptinfektionsträger sind, wird schon auf diese Weise durch das Salvarsan die Verbreitung der Lues eingeschränkt. Einzelne Salvarsaninjektionen kommen in der Wirkung, besonders im Primärstadium, einer langen Quecksilberkur gleich. Reaktionserscheinungen wurden nicht beobachtet. (*Misch.*)

Lindenheim (350) hat mit dem Präparat Joha alle Vorteile der Salvarsantherapie erzielt. Besonders schnell wird die Haut- und Schleimhautlues und die Lues maligna beeinflußt. Hervorzuheben ist die leichte Anwendbarkeit und die Unschädlichkeit des Präparates. Es ist kontraindiziert bei Erkrankungen des Herzens, auch bei Dilatationen. (*Misch.*)

Aus den Zusammenstellungen von **Müller** (408) über den Einfluß der Salvarsanbehandlung auf die Wassermannsche Reaktion sind folgende Ergebnisse hervorzuheben: Während aus der Literatur hervorgeht, daß durch Salvarsan eine negative Wassermannreaktion in der Hälfte der Fälle, bei mehrfacher Injektion in zirka 70% zu erzielen ist, ergibt sich aus den eigenen Beobachtungen des Verf., daß eine negative Wassermannreaktion durch eine einmalige Salvarsaninjektion bei 50%, durch zwei Injektionen bei zirka



75%, durch drei Injektionen bei 87% der Fälle zu erhalten ist, daß aber mehr als drei Injektionen in hartnäckigen Fällen ebenfalls wirkungslos bleiben. Die Höhe der Dosis ist von 0,4 bis 0,5 gr an ohne Bedeutung. Die negative Reaktion ist meist nur vorübergehend. Salvarsan ist nicht imstande, die Wassermannreaktion dauernd negativ zu halten, doch nimmt mit der Zahl der Injektionen auch die Dauer der negativen Reaktion zu. Der Zeitpunkt des Eintritts der negativen Phase schwankt zwischen acht Tagen und drei Monaten nach der Injektion und beträgt durchschnittlich vier Wochen. Die Wiederkehr der stark positiven Reaktion ist oft von einem klinischen Rezidiv gefolgt; sie steht selbst einem Rezidiv gleich und ist wie ein Luessymptom zu behandeln. Die kombinierte Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber bewirkt eine größere Beständigkeit der Wassermannreaktion als die mit Salvarsan allein und eine Erhöhung der Heilwirkung von 50% auf 60 bis 70%. Nach erfolgloser Salvarsanbehandlung führt zuweilen eine Quecksilberkur zur negativen Reaktion, wie umgekehrt oft nach vergeblicher Hg-Kur das Salvarsan zum Ziele führt.

Am günstigsten und schnellsten wird die Wassermannreaktion beim Primäraffekt beeinflußt; hierbei kann die positive Reaktion durch Salvarsan überhaupt verhindert werden. Dagegen wird die Wassermannreaktion langsam und nicht immer bei sekundärer und maligner Lues, noch zögernder bei tertiärer und überhaupt nicht bei kongenitaler Lues umgestimmt. In allen Stadien, außer dem Primäraffekt, gibt es Fälle, bei denen weder durch Salvarsaninjektionen in beliebiger Anzahl noch durch kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung irgendein Einfluß auf die Wassermannreaktion zu erzielen ist; in diesem Fall muß die Neissersche intermittierende Behandlung Platz greifen. Fälle mit negativer Wassermannreaktion trotz manifester Lueserscheinungen zeigen meist eine geringe Heilungstendenz und Neigung zu Rezidiven, Eigenschaften, die offenbar mit der mangelhaften Bildung von Reaginen zusammenhängen, die auch den dauernden negativen Ausfall der Blutreaktion bedingt. (*Misch.*)

Reinfectio nach Salvarsan.

Ries und **Leypen** (480) berichten über zwei sichere Fälle von Reinfectio syphilitica nach Salvarsanbehandlung und negativ gewordener Wassermannscher Reaktion. Es scheinen diese Reinfektionen den Schluß nahe zu legen, daß das Salvarsan die Lues geheilt hatte, doch ist dieser Beweis nicht eindeutig genug. (*Misch.*)

Wüstenberg (634) berichtet von einem Fall von syphilitischer Reinfektion nach Salvarsanbehandlung. Die beiden Primäraffekte lagen etwa 1½ Jahre auseinander; die Behandlung des ersten war sofort nach seinem Auftreten begonnen worden. Die Wassermannsche Reaktion war nie positiv geworden (*Misch.*)

Salvarsan und Auge.

Über die Resultate der Salvarsanbehandlung in der Augenheilkunde berichtet **Benda** (43). Er hat nur selten schädliche Wirkungen auf das Auge beobachten können, so das Auftreten einer Chorioretinitis, das vielleicht auf die Herxheimersche Reaktion zurückzuführen ist, einmal ein Zunehmen der Stauungspapille, sowie einmal das Überspringen einer Iritis auf das andere Auge. Die Augenaffektionen des Sekundärstadiums werden durch Salvarsan sehr günstig, doch nicht besser als durch Jod und Quecksilber, beeinflußt; dagegen ist keinerlei therapeutische Wirkung auf die metasyphilitischen Erkrankungen, also die Pupillenstörungen, die tabischen Augen-



muskellähmungen oder die tabische Sehnervenatrophie, auch nicht auf die Keratitis parenchymatosa, zu erzielen. Salvarsan allein wirkt nicht absolut sterilisierend bei allgemeiner Lues, obwohl es zahlreiche Herde eliminiert und so einen zweifellos günstigen Einfluß hat, und ist also stets mit einer Jod-Quecksilberbehandlung zu kombinieren. Besonders gilt dies für alle floriden luetischen Affektionen der Uvea: hier muß die Behandlung stets mit Quecksilber und Jod eingeleitet werden und Salvarsan erst dann angewandt werden, wenn der Uveaprozeß bereits in Heilung übergegangen ist. (*Misch.*)

Die nach Salvarsaninjektionen zuweilen hervortretenden Schädigungen der Uvea, des Optikus und der Bewegungsorgane des Auges sind nach **Bistis** (62) nicht der Wirkung des für das Auge gänzlich unschädlichen Salvarsans, sondern der Lues zuzuschreiben. (*Misch.*)

Gorbunow (215) berichtet über die Erfolge der Salvarsanbehandlung bei verschiedenen Augenerkrankungen, und zwar hat er die Wirkung derselben bei vier Fällen von Atrophia nervi optici, vier Fällen von Keratitis parenchymatosa und zwei Fällen von Okulomotoriuslähmung beobachtet. Bei den Sehnervenatrophien wurde nach der Salvarsaninjektion eine zum Teil ganz bedeutende Besserung des Sehvermögens, unter gleichzeitiger Erweiterung der verengten Papillengefäße, erzielt. Einmal wurde sogar eine erneute Rosafärbung der Papille beobachtet. Bei der Keratitis parenchymatosa erfolgt auf einmalige Salvarsaninjektion innerhalb von 14 Tagen bis vier Wochen eine totale Aufhellung der Kornea mit völliger Restitution der Sehschärfe; dieser Erfolg wird u. a. auch bei einem ganz veralteten Fall, bei dem seit sieben Jahren jede Behandlung versagt hatte, durch eine einzige Injektion erzielt. Dagegen waren bei den Okulomotoriuslähmungen die Ergebnisse der Salvarsanbehandlung durchaus negativ, was vielleicht, da bei dem einen Fall die Wassermannsche Reaktion negativ war, darauf zurückzuführen ist, daß gar keine Lues vorliegt. Die Nebenerscheinungen bei den Injektionen hielten sich in harmlosen Grenzen; doch ist die intravenöse Injektion der subkutanen schon wegen des Fehlens jeder Lokalreaktion vorzuziehen. Es ist demnach das Salvarsan unschädlich bei Optikusatrophie, wobei es vielmehr die Optici so schont, daß sie, trotzdem sie schwer gelitten haben, wieder funktionieren und ihre Lebenstätigkeit steigern; bei Entzündungen wirkt es rasch und sicher, dagegen wirkt es schlecht bei Lähmungen zentraler Natur, da die Strukturveränderungen der Nervenfasern hierbei irreparabel sind. (*Misch.*)

Eine günstige Beeinflussung der tabischen Optikusatrophie durch Salvarsan hat **Lacapère** (317) beobachtet. Er injiziert vier- bis fünfmal 0,2 bis 0,25 g in Abständen von zehn bis zwölf Tagen und wiederholt die Spritzkur nach zwei Monaten. Es resultiert für das Auge keinerlei Schädlichkeit. Die Optikusatrophie macht Halt, ohne sich jedoch zu bessern. Es ist eine ständige Kontrolle der Wassermannschen Reaktion (mindestens einmal im Monat) sowie der Symptome erforderlich, damit bei der geringsten neuen Syphilisregung sofort eine neue Kur eingeleitet werden kann. Auch andere tabische Symptome, wie die lanzinierenden Schmerzen, die Lymphozytose des Liquors und die Gehstörungen, erfahren durch die Salvarsanbehandlung eine bedeutende Besserung. (*Misch.*)

Reese (470) empfiehlt das Salvarsan als glänzendes symptomatisches Heilmittel für luetische Augenaffektionen, besonders in Verbindung mit Jod und Quecksilber. Seine Wirkung ist schneller als die des Quecksilbers, kann diese jedoch nicht in allen Fällen ersetzen. Zu schneller Wirkung muß es intravenös verabreicht werden. Bei spinaler Sehnervenatrophie ist es kontraindiziert. (*Misch.*)



Die direkte Einwirkung von Neosalvarsan auf das Auge wird von **Rosenmeyer** (486) ausprobiert. Er bringt einige Körnchen Neosalvarsan oder mehrere Tropfen einer 2 %igen Lösung in die Bindehaut und beobachtet danach bei einer Keratitis parenchymatosa eine allmähliche Zurückbildung des Prozesses. Die Heilwirkung ist durchaus eindeutig, Reizerscheinungen traten nicht auf. (*Misch.*)

Daß für die Salvarsan- und Arsenophenylglyzin-Injektionen steriles, chemisch reines Wasser unbedingt erforderlich ist, zeigt **Gonder** (213) in einer Reihe von Versuchen. Es ergibt sich, daß an sich durchaus unschädliche Salvarsan- bzw. Kalziumchloridlösungen, wenn sie zusammen injiziert werden, eine bedeutend erhöhte Toxizität zeigen, deren Ursache in einer Ausfüllung des Kalziums, besonders in den Lungen, mit dadurch bedingter Embolie zu suchen ist. Zusatz von Natriumzitrat hebt die Ausfällung und damit auch die Toxizität auf, ohne jedoch die Salvarsanwirkung irgendwie zu beeinflussen. Anderseits wird durch erträgliche Salvarsan-Kalziumchlorid-Lösungen das Auftreten von Rezidiven verzögert. Das gleiche gilt für Arsenophenylglyzin. Für dies wird noch festgestellt, daß, wie es für Salvarsan bereits nachgewiesen wurde, Zusatz von abgetöteten Bouillonkulturen von Bacterium coli commune oder Bacillus pyocyaneus, die an sich ganz ungiftig sind, eine beträchtliche Toxizitätserhöhung zur Folge hat; anderseits wird auch die Heilwirkung dadurch herabgesetzt. Es ist also bei Salvarsan- wie bei Arsenophenylglyzin-Injektionen die Benutzung von durchaus chemisch reinem und sterilem toxinfreiem Wasser zur Vermeidung von Nebenerscheinungen unbedingt erforderlich. (*Misch.*)

Mc Gurn (379) konstruiert zur Salvarsaninjektion einen Apparat, an dem er folgende Vorzüge hervorhebt: Es kann keine Luft in die Venen kommen, die Lösung wird unmittelbar vor Einführung in die Blutbahn noch einmal filtriert, der Apparat gestattet ein kontinuierliches Einfließen der Lösung, die Lösung wird vorher erwärmt, eine Assistenz ist überflüssig, der Apparat ist leicht sauber zu halten und zu sterilisieren. (*Misch.*)

Perkins (446) findet nicht, daß leichte Schwerhörigkeit durch Salvarsan verschlimmert wird, und empfiehlt daher bei spezifischer (und nach Bedarf auch bei unspezifischer) Schwerhörigkeit die Verordnung von Salvarsan, wenn sie indiziert ist. (*Misch.*)

Marie und **Chatelin** (367) berichten von 25 Fällen von Sydenhamscher Chorea, die sie mit intravenösen Salvarsaninjektionen behandelt haben. Es wurden in Abständen von je acht Tagen vier Einspritzungen von 0,02 bis 0,035 g gemacht. Diese Behandlung wirkt, bei geringen Nebenerscheinungen, bedeutend rascher als jede andere, sie scheint geradezu spezifisch zu sein. Nach der zweiten Injektion macht sich ein Nachlassen der choreatischen Bewegungen bemerkbar, nach der vierten ist völlige Heilung erfolgt, schon gleich bei Beginn der Behandlung bessert sich der Appetit, und der gesamte Ernährungszustand wird gehoben. Es ist von einigen Autoren die Vermutung ausgesprochen worden, daß die Sydenhamsche Chorea vielleicht syphilitischen Ursprungs sei. Dieser Ansicht pflichten die Verff. nicht bei und glauben dementsprechend auch nicht, daß das Salvarsan hier als Antisyphilitikum agiert. Vielleicht handelt es sich hier um eine Wirkung des Arsens gegen einen Parasiten, der den Erreger der Chorea darstellt. Doch ist dies nur Hypothese; sicher ist nur, daß das Salvarsan eine bedeutende Hebung des allgemeinen Ernährungszustandes bewirkt. (*Misch.*)

Szametz (566) berichtet von einem Fall von Chorea minor, der durch Salvarsan geheilt wurde. Es handelte sich um eine sehr schwere Chorea, die schon lange anhielt, ständige Bettruhe forderte und zu einem sehr schlechten



Ernährungszustand und geistigem Verfall geführt hatte. Eine sechsmonatige Arsenbehandlung in Tropfenform war ohne jede Wirkung gewesen. Dagegen wurde durch eine einmalige intravenöse Injektion von 0,2 g Salvarsan, die kaum eine nachteilige Reaktion hervorrief, eine sofortige rapide Besserung, und nach knapp drei Wochen vollständige Heilung erzielt. Eine Lues in der Familie ließ sich nicht nachweisen und ist unwahrscheinlich. (*Misch.*)

Bei einem Fall von malignem Hirntumor sah **Noehte** (422) nach intravenöser Salvarsanbehandlung eine bedeutende Besserung eintreten. Es scheint somit das Salvarsan, ebenso wie Jod und Quecksilber, doch rascher als diese, eine elektiv zerstörende Wirkung auf Zellen bösartiger Geschwülste auszuüben. Die Behandlung kann natürlich mit der chirurgischen Behandlung in keiner Weise konkurrieren, ist jedoch besonders geeignet zur Vernichtung von etwa bei der Operation zurückgebliebenen Tumorresten. Zur Indikationsstellung ist der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion nicht erforderlich. Es empfiehlt sich, mehrmals größere Dosen intravenös zu geben. (*Misch.*)

Erfahrungen mit Neosalvarsan.

Bernheim (51) führt aus, daß das Neosalvarsan als Heilmittel in entsprechender Dosis dem Altsalvarsan gleichwertig sei. Die leichte Löslichkeit, der Fortfall der Alkalisierung sowie des Kochsalzzusatzes erleichtern die Anwendung. Es erscheint angebracht, das Medikament mit Hg-Präparaten zu kombinieren.

Fabry (162) hat seine Patienten mit kleinen Dosen Neosalvarsan, kombiniert mit Quecksilber, behandelt und hiermit gute Resultate erzielt. Er findet die Behandlung mit Neosalvarsan einfacher und unbedenklicher für den Praktiker als diejenige mit Altsalvarsan. — Bei allen Formen der Syphilis ist die örtliche Behandlung nicht zu vernachlässigen.

Tél (570) berichtet über die in der psychiatrischen und neurologischen Klinik Prof. Moravcsiks gesammelten Erfahrungen über die Anwendung des Salvarsans und betont, daß die Erfahrungen der Klinik mit der Salvarsanbehandlung luetischer Nerven- und Geisteskrankheiten nicht zufriedenstellend sind. Zweifellos wurden einige Monate anhaltende vorübergehende Besserungen und ebensolche Linderung der tabischen lanzinierenden Schmerzen beobachtet; in einem Falle hörten die auf luetischer Basis entstandenen Konvulsionen auf, aber eine definitive Heilung wurde mit den gegenwärtigen Anwendungsformen in keinem einzigen Falle erzielt. Weitere Untersuchungen sind im Zuge, um nachzuweisen, ob es nicht gelingt, dem Entstehen von Tabes und Paralyse vorzubeugen, indem Luetiker mit dem Salvarsan ständig spirochätenfrei gemacht werden, ferner ob die bereits bestehenden Initialsymptome nicht zur Rückbildung oder zumindest zum Stillstande gebracht werden können. (*Hudovernig.*)

Gutmann (239) betont die Vorzüge, die das Neosalvarsan infolge seiner leichten Löslichkeit, seiner neutralen Reaktion und der Ausschaltung des Kochsalzes und der Natronlauge vor dem alten Präparat besitzt. — An Wirksamkeit scheint es hinter dem Salvarsan nicht zurückzustehen. Man muß bei der Anwendung des Neosalvarsans die gleiche Vorsicht wie beim Gebrauch des alten Präparats walten lassen.

Iversen (277) berichtet über günstige mit wiederholten Salvarsaninjektionen erzielte Erfolge. Er betont besonders die Unschädlichkeit des Mittels und den geringen Reiz bei intramuskulärer Applikation.

Mc Intosh, Fildes und **Parker** (385) berichten über ihre Behandlungsresultate mit Neosalvarsan; sie heben besonders die leichte Löslichkeit und die neutrale Reaktion des Präparats hervor.



Kall (294) referiert über die mit Neosalvarsan erzielten Behandlungsresultate. Er hebt die vorzüglichen Eigenschaften des neuen Präparats, speziell seine leichte Löslichkeit, hervor, macht aber auch auf die schnelle Zersetzlichkeit aufmerksam; insbesondere kommt die letztere Eigenschaft bei intramuskulären Injektionen zur Geltung.

Die Wirkung des Neosalvarsans auf die Krankheitserscheinungen ist die gleiche nach **Krefting** (314) wie die des Salvarsans. Die Wirkung auf die Wassermannsche Reaktion scheint jedoch unsicherer zu sein. Es soll dem Salvarsam im großen ganzen nicht vorgezogen werden.

Stroscher (554) hat Neosalvarsan in ambulanter Praxis angewandt und günstige Erfolge erzielt. Er gibt verhältnismäßig kleine Dosen des Medikaments und wiederholt die Injektion mehrmals. Als äußerst wirksam empfiehlt sich, der Neosalvarsan-Behandlung eine Hg-Kur anzuschließen.

Wechselmann (605) betont die leichte und bequeme Anwendungsweise des Neosalvarsans, weist aber darauf hin, daß die Dosierung des Präparats eine weit vorsichtigere als bisher sein muß. Denn es sind bei hohen Neosalvarsandosen heftige Nebenerscheinungen beobachtet worden, speziell periphere Neuritiden, welche echte Arsenneuritiden darstellen.

Odstrčil (425) führt aus, daß durch die leichte Löslichkeit und die neutrale Reaktion des Salvarsans die Handhabung der antisyphilitischen Therapie bedeutend erleichtert werde. Die intraglutäalen Injektionen verlaufen mit geringeren lokalen Reaktionen, ihre Resorption geht schneller vor sich. Die Heilwirkung des Präparats tritt langsamer ein als beim Altsalvarsan. Nebenwirkungen werden nur selten beobachtet.

Castelli (98, 99) zeigt in mehreren Versuchen, daß häufige Einträufelungen von Neosalvarsan in den Konjunktivalsack des Kaninchens eine heilende Wirkung auf die Prozesse der Keratitis specifica ausüben, welche durch intravenöse Injektion von syphilitischem oder framboetischem Material erzeugt wurde. Die Wirkung des Neosalvarsans beschränkt sich nicht nur auf das Gewebe, mit dem es in Berührung kommt, es werden vielmehr auch bei Keratitis bilateralis die Affektion der anderen Seite, in den Fällen von generalisierter Syphilis und Framboesie die fernstehenden Erscheinungen beeinflußt.

Castelli (98 a) spritzte mehreren Kaninchen Neosalvarsanlösungen in verschiedener Konzentration intraspinal ein, ohne danach irgendwelche Störungen zu beobachten. Diese Versuchsresultate stimmen mit den Erfahrungen von Wechselmann überein, welcher beim Menschen Neosalvarsan ohne irgendwelche Nachteile injizierte.

Marschalkó (369) hält das Neosalvarsan für ein anscheinend ebenso mächtiges Antisyphilitikum wie das Salvarsan. Es scheint weniger toxisch wie Salvarsan zu wirken, doch sind bei seiner Anwendung zu hohe Einzeldosen ebenso wie die in sehr kurzen Abständen erfolgte Wiederholung der Infusionen zu vermeiden. Die einfache Anwendungsweise des neuen Präparats bedeutet dem Salvarsan gegenüber einen Fortschritt.

Lévi-Bing und **Duroeux** (340) betonen die leichte Anwendbarkeit des Neosalvarsans gegenüber dem Salvarsan. Es werde besser vom Organismus vertragen. Seine therapeutischen Eigenschaften seien nahezu die gleichen, nur die Schnelligkeit seiner Wirkung sei etwas verringert.

Mayer (374) konnte bei Blutentnahme nach Neosalvarsaninfusion konstatieren, daß, nachdem sich das Serum vom Blutkuchen gesondert hatte, eine hochgradige Autolyse der roten Blutkörperchen eintrat. — Wurde nun das Serum eine halbe Stunde lang bei 56° C im Wasserbade gehalten, so trat eine tiefbraune bis dunkelgraue Verfärbung ein, welche ganz auffallend derjenigen ähnelt, welche in der Neosalvarsanlösung nach längerem Stehen sich zeigt.



Ricker und **Knape** (477) stellten experimentell fest, daß Salvarsan und Neosalvarsan bei lokaler und intravenöser Anwendung eine Wirkung auf die Gefäßnerven ausüben, die sich in Schwankungen der Weite der Strombahn und Blutstromgeschwindigkeit, mithin auch des Blutdrucks, äußern. Ausnahmsweise kann sich nach intravenöser Injektion später Stase und Hämorrhagie einstellen. — Eine stase- und hämorrhagieerzeugende Wirkung der beiden Mittel kommt regelmäßig und dann stark zur Geltung, wenn es sich um eine durch andere Reize in einen abnormen Zustand versetztes Stromgebiet handelt. — Es besteht kein konstanter Parallelismus zwischen der Höhe der Dosis und der Stärke der Wirkung.

Schreiber (513) empfiehlt, zwecks Vermeidung übler Zufälle zwischen die einzelnen Injektionen von Neosalvarsan größere Pausen einzuschieben und speziell die Anfangsdose niedrig zu nehmen (0,3—0,5 bei Frauen, 0,4—0,6 bei Männern). Weiterhin betont der Verfasser, daß besonders für den Praktiker intramuskuläre Injektionen von Neosalvarsan leicht und ohne erhebliche Beschwerden durchzuführen seien.

Schreiber (514) sieht die Vorzüge des Neosalvarsans in seiner leichteren Löslichkeit, in der absolut neutralen Reaktion, in seiner guten Verträglichkeit und in der hieraus resultierenden Möglichkeit, größere Dosen anzuwenden. Seine Wirksamkeit stehe der des Altsalvarsans nicht nach. Schließlich eigne es sich besser zur intramuskulären Injektion.

Stühmer (560) faßt seine Erfahrungen mit Neosalvarsan folgendermaßen zusammen: Die leichte Löslichkeit des Präparats vereinfacht die Injektion erheblich. Durch den Fortfall der Natronlauge werden eine Reihe von Gefahren ausgeschaltet. Das Neosalvarsan wird in den vom Altsalvarsan bekannten Dosen besser vertragen. Die Wirksamkeit des Mittels beim Menschen kommt der des Altsalvarsans mindestens gleich. Die intramuskuläre Injektion macht nur geringe lokale Reizerscheinungen, die Resorption geht erheblich schneller als beim Altsalvarsan vor sich.

Gruenberg (231) empfiehlt die Anwendung des Neosalvarsans bei solchen Fällen, wo eine langsame Behandlung möglich ist, und wo es geboten erscheint, geringe Flüssigkeitsmengen zu injizieren. Nicht anzuwenden ist es bei Abortivkuren und bei frischen Fällen von sekundärer Lues. Er gibt alle 10 bis 14 Tage je 0,6 g intravenös. (*Misch.*)

Gruenberg (232) hebt als besonderen Vorzug des Neosalvarsans seine leichte Lösbarkeit hervor. Es zeitigt geringe Nebenerscheinungen, so daß auch größere Dosen angewandt werden können. Er hat mit der intravenösen Injektion des Mittels gute Erfolge erzielt. (*Misch.*)

Heuck (256) lobt die vereinfachte Zubereitung des Neosalvarsans infolge der leichten Löslichkeit und der neutralen Reaktion. Er empfiehlt als Einzeldosis bei Männern 1,0, bei Frauen 0,8 g, bei Affektionen des Zentralnervensystems sollen die Dosen nicht 0,2 bis 0,3 g überschreiten, die Injektionen sollen in Intervallen von fünf Tagen gegeben werden. Die Nebenerscheinungen sind geringer als bei Altsalvarsan, die lokalen und Allgemeinreaktionen auf die Injektion sind seltener, wenn mit niedriger Dosis (0,45—0,6) begonnen und ev. mit Quecksilber vorbehandelt wird. Diesen Vorzügen gegenüber steht die Tatsache, daß die klinische Wirkung des Neosalvarsans auch bei entsprechend höherer Dosierung geringer ist als die des Altsalvarsans, sowohl bei Dauer- wie bei Augenblickswirkung wie auch bei kombinierter Behandlung. Dies zeigt sich auch daran, daß die Wassermannsche Reaktion langsamer und seltener negativ wird. (*Misch.*)

Jacqué und **Sluys** (283) ziehen das Neosalvarsan bei frischer Syphilis den anderen Mitteln vor, bei älteren Fällen wiegen seine Vorteile nicht die



Nachteile auf. Zur Radikalbehandlung wird die Kombination mit Jod und Quecksilber empfohlen. Zwei Monate später haben Verff. soviel Nebenerscheinungen beobachtet, daß sie das Neosalvarsan ganz aufgegeben haben, bis auf solche sehr dringenden Fälle, bei denen schnell viel Arsen gegeben werden soll. (*Misch.*)

Jordan (292) findet Neosalvarsan nicht so wirkungsvoll wie Salvarsan. Trotz leichterer Lösbarkeit und im allgemeinen geringerer Nebenerscheinungen ist es nicht gefahrlos, so daß Salvarsan seiner größeren Wirkungskraft und deshalb selteneren Anwendungsnotwendigkeit wegen dem Neosalvarsan vorzuziehen ist. (*Misch.*)

Kerl (302) sieht den größten Vorzug des Neosalvarsans in seiner leichten Lösbarkeit bei Zimmertemperatur ohne alkalische Reaktion. Die Nebenerscheinungen sind relativ geringer, seine Wirkung fast gleich der des Altsalvarsans. Bei Abortivkuren ist die Kombination von Neosalvarsan und Quecksilber besser als Quecksilber allein. Bei allgemeiner Lues bewirken kleine Dosen von Neosalvarsan in nicht zu geringen Abständen injiziert eine gute Heilung; besonders förderlich sind sie der raschen Überhäutung von Ulcera. Alle Kontraindikationen lassen sich durch vorsichtige Dosierung einschränken; bei Patienten mit labiler Psyche ist Vorsicht geboten. (*Misch.*)

Kersten (303) erprobt im Tierversuch die Eigenschaften und Wirkungen von Alt- und Neosalvarsan. Als Vorzüge des Neosalvarsans hebt er hervor: die leichte Löslichkeit unter Fortfall des Natronlaugezusatzes, die absolut neutrale Reaktion in wässriger Lösung, die geringere Giftigkeit beim Tier (wie beim Menschen), so daß doppelte Dosen gegeben werden können, und die, wenigstens im Tierversuch, erhöhte therapeutische Wirksamkeit. (*Misch.*)

Mc Donagh (377) erzielt durch drei bis sieben in Abständen von sieben Tagen gegebene Neosalvarsaninjektionen bei den meisten Luesfällen in allen Stadien Heilung; im dritten Stadium können manche Fälle, bei denen Salvarsan versagt hat, durch Neosalvarsan geheilt werden. Zur Feststellung einer vollständigen Heilung verordnet Verf. den Patienten sechs bis zwölf Monate nach ihrer Entlassung eine provokatorische Injektion von Neosalvarsan und läßt dann 48 Stunden, 7, 14, 21 und 28 Tage nach der Injektion die Wassermannsche Reaktion bei ihnen anstellen. (*Misch.*)

Rouvière (489) hebt als Vorzug des Neosalvarsans seine augenblickliche Löslichkeit hervor. An Wirksamkeit ist es dem Salvarsan nicht unterlegen, auch hat es keine Nebenerscheinungen zur Folge. Während die intramuskuläre Injektion wegen großer Schmerzhaftigkeit und lokaler Reaktionserscheinungen ungünstig ist, ist die intravenöse Injektion in Dosen, die ein Drittel größer als die des Salvarsans sein können, von ausgezeichneter Wirkung; besonders hervorzuheben ist das Fehlen jeder Lokalreaktion an selbst mehrfach benutzten Venen. Bei den meisten Patienten tritt eine Allgemeinreaktion thermischer Natur auf, die am nächsten Tage vorbei ist; drei Viertel der Fälle zeigen Zephaläa, Erbrechen, Diarrhöen. (*Misch.*)

Rytina (494) empfiehlt das Neosalvarsan wegen seiner leichten Löslichkeit und seiner absolut neutralen Reaktion. Klinisch ist es ebenso, wenn nicht mehr wirksam als Salvarsan. Es bietet keine Reaktionen allgemeiner oder lokaler Natur. Seine neutrale Reaktion macht es zu intramuskulärer Injektion geeignet, wobei es eine längere Wirkung ausüben kann. (*Misch.*)

Simon (532) findet trotz einiger schwerer Fälle, daß die Nebenwirkungen bei Neosalvarsan seltener sind als bei Salvarsan. (*Misch.*)

Wolff und **Mulzer** (631) berichten eingehend über die Wirkung des Neosalvarsans bei den verschiedenen Stadien der Lues. Beim Primäraffekt wird eine beschleunigte Reinigung des Geschwürsgrundes erzielt, die Randinfiltration schwindet erst nach mehreren Injektionen, auf die Grundinfiltration



ist keine Wirkung zu erzielen, die Induration schwindet erst Wochen nach der Behandlung, die Lymphdrüsen werden gar nicht beeinflußt, die positive Wassermannreaktion bleibt positiv. Im sekundären Stadium werden die Angina und die Roseola rasch, die Periostitis sehr gut beeinflußt, die Geschwüre rasch gereinigt, die Induration dagegen wenig beeinflußt; sehr gering ist die Wirkung auf nässende und trockene Papeln, auf Schleimhautpapeln, die noch sehr lange Zeit Pallidae enthalten können, auf die papulösen Syphilide und die Skleradenitis; die Wassermannreaktion bleibt stets stark positiv. Im tertiären Stadium wurde bei einem Fall ein Ulcus cruris nach mehreren Injektionen gereinigt. Dabei zeigen sich ziemlich oft schwere Nebenerscheinungen, wie Fieber mit Schüttelfrost, Kopfschmerz, Erbrechen und Durchfälle in 14 Fällen, Arzeneiexantheme, Herpes labialis, in einem Fall schwere Zystitis, Dekubitus und Lähmung der Beine mit Sensibilitätsstörungen. Das Neosalvarsan bietet bei hohen Dosen geringere Wirksamkeit; eine ambulante Behandlung mit diesem Mittel ist ausgeschlossen. (*Misch.*)

Spitzer (538) kommt nach seinen halbjährigen Erfahrungen mit Neosalvarsan zu dem Schluß, daß das neue Mittel geringere und kürzer dauernde Nebenerscheinungen als das Salvarsan darbietet, wenn es vorsichtig, d. h. in kleinen Dosen und Intervallen von einer Woche, ev. nach vorausgegangener Quecksilberkur, verordnet wird. Die Vorteile des Neosalvarsans sieht er in der leichten Löslichkeit und dem Wegfall der Natronlauge bei Zubereitung der Lösung. Ein Schluß auf die Wirksamkeit des Mittels ist vorderhand noch unmöglich. (*Misch.*)

Von Wichtigkeit ist eine Beobachtung von **Grünberg** (229) über die Wirkung des Neosalvarsans auf Neurorezidive. Bei einem Patienten, der nach einer Salvarsaninjektion Taubheit auf beiden Ohren sowie eine Parese des N. facialis hatte, bei sehr stark positiver Wassermannreaktion, besserte sich bereits zwei Stunden nach der Neosalvarsaninjektion das Gehör und war nach drei Tagen normal. Nach 18 Tagen und fünf Injektionen von insgesamt 2,4 Neosalvarsan war die Wassermannreaktion negativ.

Daß bei dem Neosalvarsan im allgemeinen die Neurorezidive ausbleiben, glaubt Verf. nicht als eine Besonderheit des Präparates ansehen zu sollen, sondern glaubt, daß allein die höhere Dosierung diese verhüte, weil ja auch beim Salvarsan nur bei kleinen Dosen die Neurorezidive beobachtet worden sind.

Den Vorteil der neutralen Lösung und der höheren Dosierungsmöglichkeit schätzt Verf. sehr hoch ein. (*Prager.*)

Über experimentelle Untersuchungen zur Ätiologie der Salvarsanexantheme berichtet **Stuehmer** (561). Aus der klinischen Übereinstimmung derselben mit den Serumexanthemen mußte geschlossen werden, daß ihre Ursache in der Beteiligung eines Eiweißkörpers zu suchen sei. Da der Tierversuch zeigt, daß durch Injektionen gelöster arteigener Blutkörperchen echte Anaphylaxie hervorgerufen werden kann, so liegt die Vermutung nahe, daß ein durch Blutveränderung bei Neosalvarsaninjektionen entstehender, körpereigener Eiweißkörper als Ursache der Exantheme sowie der Spättodesfälle anzusehen ist. Prophylaktisch empfiehlt sich daher Anwendung von 0,5 %iger Kochsalzlösung, Herabsetzung der Einzeldosis sowie vor allem intramuskuläre Anwendung oder Vergrößerung des ersten Injektionsintervalls. (*Misch.*)

Salvarsan und Zerebrospinalflüssigkeit.

Wechselmann (606) legt dar, daß die von Ravaut beschriebenen Veränderungen des Lumbalpunktats im Sekundärstadium der Syphilis nicht als Folgen einer Salvarsanreizung, sondern als Symptome einer luetischen Menin-



gitis aufzufassen seien. Salvarsan scheint im Gegenteil heilend auf die Frühmeningitis der Luetiker zu wirken.

Lorenz (359) untersuchte das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit bei parasyphilitischen Affektionen nach intravenösen Injektionen von kakodylsaurem Natron und von Salvarsan. Er fand bei Anwendung beider Medikamente vor allem eine Verringerung der Lymphozytose. Arsen war im Serum und in der Lumbalflüssigkeit schon eine Stunde nach der Injektion von kakodylsaurem Natron nachzuweisen.

Gutfeld (238) fand, daß bei fortgesetzter Salvarsanbehandlung die Wassermannsche Reaktion in der Behandlungszeit weitgehenden Schwankungen unterworfen ist; die Bedingungen hierfür sind noch nicht aufgeklärt. Führt man während der Syphilistherapie zur Kontrolle des Erfolges die Seroreaktion häufiger aus, so ist es zweckmäßig, das Blut gelegentlich der Salvarsaninjektion gleich aus der Injektionsnadel zu entnehmen. — Für den Ausfall der Reaktion ist die Blutentnahme vor oder nach der Injektion kaum von Belang.

Lévy-Bing, Duroeux und **Dogny** (342) haben bei einer Reihe von Syphilitikern, die mit Salvarsan behandelt wurden, das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit untersucht; es wurden der Gehalt an Eiweiß und Zucker, die Wassermannsche Reaktion und etwaige zytologische Veränderungen in Betracht gezogen. Bei einer Gruppe von Patienten, die auch klinisch Symptome von Meningitis darboten, wurden vermehrter Druck, Erhöhung des Eiweißgehaltes, positiver Wassermann und Zellvermehrung festgestellt. Eine zweite Gruppe von Fällen bilden die „Formes frustes" von meningealer Reaktion, die allein durch die zytologische Untersuchung des Liquors identifiziert werden konnten.

Assmann (11) betont, daß in allen Fällen von Neurorezidiven durch die Lumbalpunktion charakteristische Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit aufgedeckt werden; es handelt sich also hier immer um echte luetische Meningitiden. Allerdings trägt mittelbar das Salvarsan zur Entstehung dieser Krankheitszustände bei. Ausführliche Mitteilungen einzelner einschlägiger Fälle sowie eines Salvarsantodesfalles.

Camp (88) untersuchte in 17 Fällen von Syphilis nach intravenöser Salvarsaninjektion die Lumbalflüssigkeit auf Vorhandensein von Arsenik. Nur in einem Falle konnte eine Spur von Arsenik gefunden werden, und auch dies war nicht mit absoluter Sicherheit festzustellen.

Wechselmann (607) injizierte mehrfach bei Patienten Neosalvarsan in den Lumbalsack, und es wurde dieser Eingriff ohne jede Beschwerden und ohne jegliche Reaktionserscheinungen ertragen. Das Resultat dieser Applikation spricht gegen die Anschauung von der Neurotropie des Salvarsans.

Dreyfus (138) bestätigt die von Ravaut bereits seit längerer Zeit verfochtene pathologische Veränderung der Lumbalflüssigkeit bei Sekundärsyphilitischen. Er bestreitet jedoch den von dem französischen Forscher geltend gemachten schädlichen Einfluß des Salvarsans auf das Nervensystem während der Sekundärperiode. Im Gegenteil macht er darauf aufmerksam, daß die bisher angewandten Salvarsandosen zu gering seien, und daß man behufs völliger Sterilisation im Verlaufe einer Kur nicht unter 3 g injizieren dürfe.

Lévy-Bing, Duroeux und **Dogny** (343) haben bei ihren Salvarsan-Patienten ausführliche Blutuntersuchungen angestellt. Sie fanden nach der Injektion eine Verminderung des Gerinnungsvermögens des Blutes, eine geringe Abnahme der roten Blutkörperchen, ausgeprägte Polynukleose mit Eosinophilie unmittelbar nach der Einspritzung, späterhin Mononukleose mit Myelozyten, schließlich Verringerung der Resistenz der Erythrozyten, mehr



und mehr abnehmend mit der Anzahl der Injektionen. Der Hämoglobingehalt wird nicht verändert; die Wassermannsche Reaktion erfährt eine deutliche Abschwächung.

Moretti (406) hat das Verhalten der weißen Blutkörperchen im Blut von einigen Luesinfizierten und mit 606 (intramuskuläre und intravenöse Injektionen) behandelten Neuropsychopathikern studiert. Er fand, daß 3 bis 4 Tage nach der Injektion eine nicht langdauernde Leukozytose eintrat, die bisweilen von Temperatursteigerungen begleitet war, und daß in der Leukozytenformel keine bemerkenswerten Veränderungen eintreten. In einigen Fällen fand Verf. eine Vermehrung der kleinen Lymphozyten, in anderen eine Vermehrung der Lympholeukozyten. Bei den intramuskulär behandelten Patienten bemerkte man eine Leukozytose und erheblichere Veränderungen in der Leukozytenformel. (*Audenino.*)

Schädliche und toxische Wirkungen des Salvarsans.

Wagner (602) konstatierte bei der Sektion zweier Kaninchen, denen einige Wochen vorher Salvarsan intravenös injiziert worden war, ausgebreitete entzündliche Veränderungen an der Intima der gesamten Brust- und Bauchaorta; weiterhin fanden sich deutliche Symptome einer Endokarditis, speziell am Antrum atrio-ventriculare dextrum.

Ehrlich (149) skizziert in großen Zügen den augenblicklichen Stand der Salvarsantherapie. Insbesondere betont er, daß die Schädlichkeiten, die dem Salvarsan anzuhaften scheinen, nicht auf eine besondere toxische Quote des Mittels zurückzuführen seien, sie hätten vielmehr ihren Grund teils in einer falschen Applikation, teils in der Art der Erkrankung: 1. in der Existenz von Spirochätenherden, in die Salvarsan nur schwer eindringen kann; 2. im Auftreten lokaler Reaktionen, die unter dem Einfluß der durch das stark keimtötende Medikament freigemachten Endotoxine zustande kommen; durch die Aufdeckung der Ursachen werden üble Zufälle sich wahrscheinlich ganz vermeiden lassen.

Steiger (543) mahnt bei Anwendung hoher Dosen des Schindlerschen Salvarsanpräparats „Joha" zur Vorsicht, da manchmal schmerzhafte Infiltrationen eintreten und auch chronische Arsendepots sich bilden, infolge deren mehr oder minder ausgedehnte Gewebsnekrosen entstehen können.

Nach **Marschalkó** und **Veszprémi** (370) sind die sog. Enzephalitis-Todesfälle nach Salvarsaninfusionen bedingt durch die toxische Wirkung des Mittels, da man bei Tieren durch intravenöse Injektionen von Salvarsan ebensolche Vergiftungen hervorrufen kann, bei welchen sowohl das klinische Bild wie auch die pathologischen Veränderungen sich mit den beim Menschen erhobenen Befunden ziemlich genau decken. Der sog. Wasserfehler spielt bei diesen Intoxikationen keine Rolle. Es handelt sich bei diesen Vergiftungen um keine eigentliche Entzündung, sondern um multiple Hämorrhagien im Gehirn.

Wechselmann (608) berichtet über mehrere Fälle, in denen sich nach Salvarsaninjektion deutlich Überempfindlichkeitserscheinungen gezeigt hatten; die Überempfindlichkeit dokumentierte sich durch Temperatursteigerung, ein charakteristisches Exanthem, Erbrechen und Durchfälle. Einige Patienten boten zwar nach der ersten Injektion Überempfindlichkeitssymptome dar, eine zweite Einspritzung verlief jedoch ohne jegliche Reaktion.

Nach einer einmaligen Salvarsaninjektion beobachtete **Cronquist** (115) Rötung und Schwellung des Gesichts, der Hände und Füße sowie ein großfleckiges Exanthem an Unterarmen und Unterschenkeln; die Temperatur war leicht erhöht. — Nach 3 Tagen waren die krankhaften Erscheinungen geschwunden.



Brückler (80) sah nach mehrfachen Salvarsaninjektionen bei einigen Patienten starke Hyperämie des Kopfes, Erschwerung der Atmung, zuweilen vermehrte Pulsfrequenz und Albuminurie; dabei klagten die Patienten über Druck und Völle in der Magengegend sowie über Schmerzen im Rücken und Kreuz. Die beschriebenen Erscheinungen wurden als „anaphylaktoid" aufgefaßt.

Wechselmann (609) hat nach wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen den bereits von Iwaschenzow beschriebenen anaphylaktoiden Symptomenkomplex, als dessen Hauptcharakteristikum erschwerte Atmung mit gleichzeitiger Hyperämie der Kopfgefäße anzuführen sind, ebenfalls beobachtet. Die Ursache für diese Erscheinungen sieht Verf. in einem vom N. depressor ausgelösten Reflex.

Iwaschenzow (279) hat nach wiederholten intravenösen Salvarsaninjektionen bei Nervenkranken einen anaphylaktoiden Symptomenkomplex beobachtet, welcher durch plötzliche Rötung und Schwellung des Gesichts, Atemstockung, Hustenreiz, Hitze- und Druckgefühl im Kopf, Zuckungen und manchmal Parästhesien in den Extremitäten und Angstgefühl charakterisiert ist. Die Entstehung dieses Symptomenkomplexes muß ausschließlich dem Salvarsan zugeschrieben werden.

Zieler (641) betont, daß die Exantheme nach Salvarsan als Zeichen einer Arsenidiosynkrasie aufzufassen sind. Es handelt sich in diesen Fällen nicht um ein Analogon der Serumkrankheit, sondern um eine erworbene, durch Kumulation geweckte Idiosynkrasie. Die Hautimpfung mit Salvarsan ist zur Feststellung einer vorhandenen oder erworbenen Idiosynkrasie unbrauchbar.

Igersheimer (272) gibt eine Anzahl von Versuchsprotokollen wieder, aus denen hervorgeht, daß Kaninchen dem Salvarsan gegenüber sich sehr resistent verhalten, weder allgemeine Intoxikationszeichen aufweisen, noch Degenerationsprodukte an den nervösen Bestandteilen des Auges zeigen. Katzen hingegen scheinen gegen Arsenpräparate empfindlicher. Bei einem Hund, der fünfmal recht große Mengen Salvarsan kurz hintereinander erhielt, deckte die mikroskopische Untersuchung normale Verhältnisse am Auge auf.

Berneaud (48) sieht die häufigen Nebenwirkungen der intravenösen Salvarsaninjektion, wie sie uns als Schüttelfrost, Fieber, Pulsbeschleunigung, Erbrechen, Durchfall und Kopfschmerzen bekannt sind, als spezifische Wirkungen des Präparats an.

Bingel (59) bezieht das nach Salvarsaninjektion häufig auftretende Fieber auf eine erworbene Toxizität des Salvarsans, welche durch die zugrunde gehenden Spirochäten bedingt ist.

Nobl und **Peller** (420) betonen, daß weder die minimalen Keimbeimengungen frisch bereiteter Destillate noch auch der Salzgehalt oder das Quantum der Infusionslösung die nach Salvarsan auftretende Fieberreaktion bedingten. Vielmehr scheine neben einer unmittelbaren toxischen Komponente der Verbindung ihr die Resorption der spezifischen Plasmone förderndes Vermögen beteiligt zu sein.

Ruhemann (493) spricht die Vermutung aus, daß die nach Salvarsan auftretenden toxischen Erscheinungen auf latent im Organismus vorhandene Bakterien zu beziehen seien, denen die Fähigkeit, die Toxizität des Salvarsans zu erhöhen, vindiziert werden müsse. Er stützt sich hierbei auf Versuche russischer Autoren, welche bei Trypanosomen-Mäusen neben Salvarsan das Endotoxin von Bakterium coli injizierten und hierdurch die Toxizität des Arsenobenzols erheblich steigerten.

Stümpke und **Brückmann** (563) berichten über 2 Fälle, die nach ihrer Auffassung die toxische Wirkung des Salvarsans demonstrieren: in dem ersten war nach einer zweimaligen Salvarsaninjektion jedesmal ein Ikterus



aufgetreten, in dem zweiten hatte sich nach der Injektion ein Herpes zoster gezeigt.

Nach den Versuchen von **Reiter** (473) besteht ein deutlicher Einfluß von Salvarsan auf die Bildung der Normalantikörper nicht. Die Wirkung des Salvarsans scheint demnach eine direkte zu sein; eine Unterstützung der Antikörperproduktion scheint nicht regelmäßig und dann nur in sehr geringem Maße stattzufinden.

Vogel (596) schildert kurz einen Fall, bei dem nach der zweiten Salvarsaninjektion sich starker Juckreiz an Handtellern und Fußsohlen einstellte. Diese merkwürdige Erscheinung, die sich bei Arsenkuren überhaupt bisweilen manifestiert, ist schon früheren Beobachtern aufgefallen.

Mc Intosh, Fildes und **Dearden** (383) polemisieren gegen eine von Freund an ihrer Arbeit „Salt Fever and the treatment of Syphilis by 606" geübte Kritik.

Mc Intosh, Fildes und **Dearden** (384) behaupten auf Grund von Versuchen, daß das „Kochsalzfieber" seine Entstehung dem Vorhandensein der in der angewandten Lösung vorkommenden Bakterien verdanke. So beruhten auch in den meisten Fällen die toxischen Wirkungen intravenös injizierter Lösungen von „606" auf dem Vorhandensein toter Bakterien im Wasser. Durch entsprechende Kautelen können die toxischen Wirkungen der Salvarsanlösungen beseitigt werden.

Nach den Untersuchungen von **Intosh, Fildes** und **Dearden** (381) werden die bekannten, der Salvarsaninjektion folgenden toxischen Symptome durch die Anwesenheit toter Bakterienleiber im Wasser bedingt. Es ist daher notwendig, zu jeder Einspritzung frisch destilliertes Wasser zu nehmen.

Hammer (246) teilt die Krankengeschichte eines Patienten mit, welcher nach dreimonatiger Salvarsaninjektion unter starken epileptiformen Anfällen zum Exitus kam. Als Ursache des Todesfalls wird einerseits eine gewisse toxische Einwirkung des Salvarsans, andrerseits die durch die Sektion aufgedeckte chronische Affektion der Hirnhäute, sowie die gleichfalls hierbei festgestellte chronische Erkrankung des Endokards, des Myokards und der Aorta angesehen.

Hoffmann (260) beobachtete bei einem sicher luetisch infizierten Manne $5^1/_2$ Jahre nach der Infektion eine spinale Paraplegie, die auf ein Gumma des Rückenmarks bezogen wurde. Intravenöse Salvarsaninjektion (0,6 g). Kurze Zeit danach Schüttelfrost, linksseitige Hemiplegie; unter zunehmenden Schwächeerscheinungen Exitus. Die Sektion zeigt außer dem Gumma des Rückenmarks einen Erweichungsherd in der rechten inneren Kapsel, der seine Entstehung einer luetischen Arteriitis der betreffenden Gefäße mit fast völliger Verlegung des Lumens verdankte. — Warnung vor Salvarsan bei Verdacht auf luetische Veränderungen der Hirngefäße.

Hirsch (257) publiziert zwei Todesfälle, die nach je zweimaliger intravenöser Darreichung von Salvarsan eintreten; der Verlauf war durch Magendarmerscheinungen, Ikterus, Krämpfe (speziell Wadenkrämpfe), Trockenheit im Halse gekennzeichnet. Mit Rücksicht auf diesen für eine Arsenintoxikation charakteristischen Symptomenkomplex führt H. den tödlichen Verlauf auf Salvarsanschädigungen zurück.

Lesser (335) hat nebst 2 eigenen Beobachtungen die in der Literatur publizierten Fälle von epileptiformen Anfällen nach Salvarsaninjektionen zusammengestellt. Der Autor bezieht diese Anfälle auf funktionelle Hirnschädigungen, welche durch die bei der Umsetzung des Salvarsans zuweilen entstehenden toxischen Stoffe hervorgebracht werden.

Die Theorie Ehrlichs, daß das Protoplasma eine doppelte Affinität zum Salvarsan besitze, und zwar erstens zum Arsen, zweitens zu den übrigen



Gruppen des chemischen Molekuls, versucht **Iversen** (278) durch einige klinische Beobachtungen zu stützen.

Fehr (168) konnte bei 32 Patienten, die wegen Lues mit Salvarsan behandelt wurden und vor der Injektion normalen Augenbefund darboten, gelegentlich von Nachuntersuchungen organische Augenerkrankungen feststellen. Es zeigte sich hierbei, 1. daß diese Fälle sich ganz im Rahmen einer reinen Lues-Rezidive hielten; 2. daß die Häufigkeit des Vorkommens dieser Rezidive nicht größer ist als bei Hg-Behandlung; 3. daß diese Rezidive in der letzten Zeit, seit energischere Dosen von Salvarsan gegeben werden, wesentlich seltener geworden sind.

Eichler (152) berichtet von einem Fall, bei dem eine intravenöse Injektion von 0,5 g Salvarsan eine schwere Arsenvergiftung hervorrief, nachdem acht Tage vorher 0,4 g gut vertragen worden waren. Ein Wasserfehler ist ausgeschlossen; wahrscheinlich handelt es sich um Kumulation. (*Misch.*)

Grünberg (228) beschreibt zwei gleichzeitig behandelte Fälle, bei denen sich eine Stunde nach der Salvarsaninfusion heftige Reaktionserscheinungen, nämlich Erbrechen, Herpes, Schüttelfrost, Angst und Dyspnoe einstellten. Es stellte sich aber heraus, daß sich in der benutzten Kochsalzlösung eine Kultur von Staphylococcus pyogenes nachweisen läßt, die als Ursache der Erscheinungen anzusprechen ist. (*Misch.*)

Lier (348) berichtet von zwei Fällen, bei denen Salvarsan eine durch nichts zu beseitigende Urtikaria hervorgebracht hatte, die durch jede neue Injektion kleinster Salvarsanmengen vermehrt wurde, während Neosalvarsan keine neue Quaddelbildung hervorrief. (*Misch.*)

Swift (565) beobachtete bei manchen Patienten nach wiederholten Salvarsaninjektionen anaphylaktische Symptome respiratorischer und vasomotorischer Art sowie in einem Fall ein toxisches Exanthem. Durch Experimente am Meerschweinchen stellte Verf. dann fest, daß wiederholte Injektionen einer Mischung von Meerschweinchenserum und Salvarsan zu anaphylaktischem Chok führt, daß demnach das Meerschweinchenserum hier wie artfremdes Eiweiß wirkt. Hieraus schließt Verf., daß die anaphylaktischen Symptome der Patienten durch eine durch das Salvarsan bewirkte Veränderung des eigenen Serums bedingt werden. (*Misch.*)

Zimmern (644) beobachtet bei einem Patienten, der an einer Stomatitis litt, unmittelbar nach der Salvarsaninjektion das Auftreten von Zahnschmerzen und glaubt diese auf den plötzlichen Zerfall von Zahn- und Mundspirochäten durch das Salvarsan und Freiwerden von Toxinen zurückführen zu können. (*Misch.*)

Neurorezidive auf Salvarsan.

Benario (38) polemisiert in zwei Artikeln gegen die Auschauung Fingers von der angeblich neurotropen Wirkung des Salvarsans.

Benario (40) weist durch statistische Belege nach, daß die Neurorezidive echte syphilitische Rezidive sind. — Die zur Salvarsaninjektion verwandten Dosen waren meist nicht ausreichend, um eine völlige Sterilisation herbeizuführen; es blieb ein minimaler Rest von Spirochäten zurück, von deren Aktivität die Entwicklung des Rezidivs ausging. — Die Ansicht von der Neurotropie des Salvarsans ist als unhaltbar zurückzuweisen.

Benario (41) polemisiert gegen die Auffassung von der toxischen Provenienz der Neurorezidive unter Bezugnahme auf die in dem Ehrlichschen Laboratorium eingegangene Korrespondenz und auf die periodische Zeitschriften-Literatur. Er betont den syphilitischen Charakter der Neurorezidive. Für diese Ansicht spricht auch der Vergleich mit den unter Quecksilberbehandlung auftretenden Neurorezidiven.

Finger (173) polemisiert gegen Beħario; er hält an der Behauptung fest, daß das gehäufte und frühzeitige Auftreten von Lues cerebri bei mit Salvarsan behandelten Patienten ein Novum in der Pathologie der Syphilis darstelle, das unbedingt mit dem Salvarsan zusammenhänge.

Müller (409) hat die kombinierte Kalomel-Salvarsan-Therapie als äußerst erfolgreiche Methode der Abortivbehandlung der Syphilis erprobt. — Die Natur der Neurorezidive ist noch nicht geklärt. Verf. rechnet mit der Möglichkeit prädisponierender Neurotropie des Salvarsans.

Lévy-Bing und **Voisin** (345) teilen 4 Fälle von Neurorezidiven nach Salvarsaninjektion mit. Sie beziehen dieselben sich auf die toxische Einwirkung des Mittels und betonen den syphilitischen Charakter der Erkrankung. Der Ausgangspunkt des Rezidivs wird in die Meningen verlegt.

Levinstein (337) beobachtete eine Patientin, die nach drei subkutanen Injektionen von je 0,4 g Salvarsan an einer Polyneuritis mehrerer Hirnnerven erkrankte. Eine dauernde Schädigung blieb nur am R. chochlearis n. acustici zurück; an den übrigen Hirnnerven schwanden die Störungen spontan.

Knick und **Zaloziecki** (310) konnten bei allen Fällen von Hörstörungen im Frühstadium der Lues durch Lumbalpunktion eine zugleich vorhandene luetische Meningitis nachweisen. — Die Salvarsanneurorezidive unterscheiden sich in nichts von anderen frühluetischen Hirnerkrankungen und sind wie diese meist manifeste luetische Meningitiden. — Es liegt kein Anlaß vor, dem Salvarsan eine neurotrope Wirkung zuzuschreiben.

Gellé (202) berichtet über drei Neurorezidive des N. acusticus, bei welchen eine Heilung nicht erzielt werden konnte. Er glaubte, dem Salvarsan eine gewisse Bedeutung für die Genese dieser Krankheitserscheinungen zumessen zu müssen.

Gontela (214) betont, daß die Mehrzahl der dem Arsenbenzol zur Last gelegten Augenstörungen syphilitischer Natur sind. Immerhin bleibt eine kleine Zahl von Fällen übrig. Verf. erwähnt drei eigene Beobachtungen, in welchen der Ursprung der nach Salvarsan auftretenden Augenschädigungen nicht mit Sicherheit klarzustellen ist.

Dreyfus (139) kommt auf Grund eingehender Untersuchungen zu dem Schlusse, daß die Neurorezidive durch unzureichende Salvarsanbehandlung verursacht werden. Zu ihrer Verhütung ist daher vor allem eine intensive kombinierte Behandlung notwendig: 4—5 g Salvarsan im Verein mit ca. 150 g Hg, resp. Hgsalizyl- oder Kalomelinjektion. Die Behandlung der Neurorezidive geschieht am besten nicht nur mit Hg, sondern auch mit Salvarsan in möglichst hohen Gesamtdosen.

Neumayer (415) regt den Gedanken an, zur Verhinderung der Neurorezidive sofort nach der Salvarsaninjektion eine Gummibinde um den Hals der Patienten zu legen. Hierdurch entstehe eine passive Hyperämie; es werde nun eine möglichst große Menge von Salvarsan in die Nerven gebracht bzw., diese würden mit möglichst konzentriertem Salvarsan überflutet, und derart könnten die noch restierenden Spirochäten abgetötet werden.

Dösseker (136) berichtet über eine Reihe von Neurorezidiven, die nach Salvarsaninjektion entstanden waren. Er hält es für erwiesen, daß die Neurorezidive syphilitischer Natur seien, daß aber Salvarsan doch bei ihrer Entstehung eine wenigstens Zeit und Art ihres Auftretens mitbestimmenden Rolle spiele. Ihre Prognose ist bei rechtzeitiger Behandlung eine zweifellos günstige.

Nach **Cronquist** (116) ist das Vorkommen der Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung in verschiedenen Orten und Kliniken sehr schwankend. Vielleicht werden die Ehrlichschen Vorschriften für die Injektion nicht



überall gleich genau durchgeführt. Wenn die Lösungen nicht unmittelbar nach der Herstellung eingespritzt oder bei Herstellung zu stark geschüttelt werden, so bilden sich Oxydationsprodukte, die viel giftiger wirken als das Salvarsan und vielleicht eine besondere Affinität zum Zentralnervensystem besitzen.

Bei einer Patientin im Sekundärstadium der Lues sah **Gebb** (200) eine spezifische Neuritis optica sich auf eine Quecksilberkur bessern aber nicht schwinden. Erst unter Salvarsanbehandlung gingen alle krankhaften Veränderungen am Optikus schnell zurück. Demnach scheint das Salvarsan in manchen Fällen dem Quecksilber und Jod weit überlegen in therapeutischer Beziehung.

Schdanow (505) stützt seine Resultate auf Untersuchungen an 15 Kaninchen und 250 Kranken. Die doppelte Konzentration der üblichen Lösung von Hyperideal (0,1 : 25,0 statt 0,1 : 50) ist ohne schädlichen Einfluß auf die Kaninchen. Die therapeutische Dosis ist beim Menschen und Kaninchen 0,01—0,015 pro Kilo. Die Dosis von 0,15 pro Kilo Gewicht ist für das Kaninchen tödlich; der Tod erfolgt infolge von Asphyxie. Salvarsan ist auch bei wiederholten Injektionen in Zwischenräumen von 10 bis 14 Tagen sowohl für das Kaninchenauge als auch für das Menschenauge anscheinend ungefährlich. Neurorezidive treten bei der Salvarsanbehandlung nicht seltener als beim Hg auf. Die syphilitischen Augenaffektionen trotzen oft dem 606. In der Augenpraxis ist 606 anwendbar: 1. für die schnelle Rettung der Funktion des Auges, 2. bei jenen seltenen syphilitischen Augenerkrankungen, wo keine Drüsenschwellung besteht, 3. wo Jod und Hg nicht vertragen werden oder kontraindiziert sind. Schwache alkoholische Lösungen der 606 werden vom Verf. bevorzugt. *(Kron.)*

Beck (35) bespricht kurz die Indikationen oder Salvarsanbehandlung vom Standpunkt des Otiaters. — Am meisten fallen hier ins Gewicht die Erkrankungen des Kochlearapparates. Wo sich solche kombiniert mit Hauterscheinungen finden, wo also die Ohrerkrankung nur Teilsymptom der allgemeinen Lues ist, besteht keine Kontraindikation für Salvarsan. Wo hingegen eine isolierte Erkrankung des Kochlearapparates, speziell nach einer Salvarsaninjektion, auftritt, ist eine Wiederholung der Salvarsantherapie kontraindiziert.

Fehr (169) hat bei fast 2700 mit Salvarsan behandelten Patienten in keinem Falle eine Schädigung der Sehnerven gesehen. Eine auffallende Häufung der Rezidive am Auge bei Salvarsanbehandlung war nicht festzustellen. Die therapeutischen Mißerfolge zu Beginn der Salvarsan-Ära dürfen nicht dem Mittel, sondern müssen der ungenügenden Dosierung zur Last gelegt werden.

Vollert (597) berichtet über 3 Fälle von höchstgradiger Stauungspapille, die nach Salvarsaninjektionen entstanden waren; dabei war die Sehschärfe außerordentlich herabgesetzt. Die Erscheinungen gingen nur langsam zurück. Der Verf. hat derartige Fälle vor der Salvarsan-Ära niemals beobachtet.

Unter seinem Material hat **Merkurijew** (390) einen Fall beobachtet, wo das Salvarsan den Prozeß von Atrophia tabica nervi optici incipiens kupiert hat. *(Heimanowitsch.)*

Schweinitz (518) berichtet über die günstigen Erfolge, welche er mit Salvarsan sowohl bei hereditär-luetischen Augenleiden — Keratitis parenchymatosa, als auch bei den durch erworbene Syphilis bedingten Augenerkrankungen — Iritis luetica erzielt hat.

Schweinitz und **Shumway** (519) berichten über einen Fall von Iritis papulosa, der durch eine einzige Salvarsaninjektion in ganz erheblicher Weise und auffallend schnell gebessert wurde.



Wiegmann (622) bespricht kurz die bisher erschienene Literatur über Salvarsan bei Augenleiden und fügt vier eigene Fälle bei, in denen syphilitische Augenmuskellähmungen durch Salvarsan günstig beeinflußt wurden.

Jacobsohn (282) bespricht Ehrlichs zusammenfassenden Salvarsanbericht, insbesondere die Todesfälle, als deren Ursache, außer dem Wasserfehler, der, seitdem er bekannt ist, leicht zu vermeiden ist, die Anwendung zu hoher Dosen bei Affektionen des Zentralnervensystems anzusehen ist. Es handelt sich dabei um Spirochätenherde, in die das Salvarsan schwer eindringt, und um lokale Reaktionen der freiwerdenden Endotoxine im Zentralnervensystem. Bei Verdacht einer Erkrankung des Nervensystems, d. h. bei Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Augenflimmern, Ohrensausen, Herzklopfen usw., ist daher eine sehr vorsichtige Anfangsdosierung geboten: 0,15 bis 0,3 in allmählicher Steigung oder Vorbehandlung mit Kalomel. Über Dauererfolge mit Salvarsan läßt sich vorläufig noch nichts sagen. (*Misch.*)

Ravaut (466) beobachtet, daß Neurorezidive nach Salvarsan im ersten Stadium niemals, dagegen fast konstant im zweiten Stadium und wiederum nur selten bei den alten Syphilitikern, sofern sie keine Affektion des Zentralnervensystems darbieten, auftreten. Dies wird damit erklärt, daß im zweiten Stadium die Lues eine Septikämie ist, die vor allem Haut und Meningen ergreift, so daß in dieser Zeit die Meningen fast stets affiziert sind, wie auch aus dem Lumbalpunktat hervorgeht. In diesen Fällen nun gibt es, nach einer Inkubation von wenigen Wochen, eine schwere Nervenreaktion auf das Salvarsan. Daß das Salvarsan die Ursache der Rezidive ist, wird dadurch nahegelegt, daß vor der Injektion nie derartige Reaktionen zu beobachten sind, daß sich in zwei Fällen lange nach der Injektion Arsen im Liquor fand, und daß die Reaktion um so stärker auftritt, je intensiver die Behandlung ist. Verf. folgert hieraus, daß das Salvarsan neurotrop werden kann, wenn Spirochäten in der Nähe sind. Demnach muß bei allen Syphilitikern, deren Zentralnervensystem ergriffen ist, sowie bei allen Fällen mit Hautaffektionen das Salvarsan mit großer Vorsicht angewandt werden, da sonst eine Verschlimmerung eintritt; es muß eine Quecksilberkur vorausgeschickt und alle Intervalle der Behandlung müssen ausgedehnt werden. (*Misch.*)

Schwarz (517) faßt die Neurorezidive nach Salvarsan als echt syphilitische Erkrankungen des Nervensystems auf, die durch ungenügende Behandlung, wie zu kleine oder zu selten wiederholte Dosen, hervorgerufen werden, und gibt der ambulanten Behandlung die Schuld an den meisten therapeutischen Mißerfolgen. (*Misch.*)

Zaloziecki (638) lehnt Ravauts Theorie, daß die Neurorezidive auf einer durch das Salvarsan hervorgerufenen Meningitis beruhen, ab und schreibt dem Salvarsan keinerlei Mitwirkung bei dem Zustandekommen der Neurorezidive zu. (*Misch.*)

Carpenter (96) berichtet über die Wirkung des Salvarsans bei den Erkrankungen der spezifischen Sinnesorgane, insbesondere über die nach der Injektion beobachteten Störungen der Sinnesorgane, die von manchen Autoren dem Arsen zugeschrieben werden, indem behauptet wird, daß das Salvarsan eine besondere Affinität zu einigen Nerven habe. Die einige Stunden nach der Injektion auftretenden vorübergehenden Störungen erklären sich durch die Herxheimersche Reaktion. Daß es sich auch bei den Rezidiven nicht um eine Salvarsanvergiftung handeln kann, dafür sprechen folgende Tatsachen: Die Rezidive zeigen keine Symptome der Arsenvergiftung, sie werden durch Quecksilber geheilt, was nicht der Fall sein könnte, wenn sie nichts als eine Arsenvergiftung darstellten, auch folgen die Rezidive der Salvarsaninjektion nur bei Lues, niemals aber bei anderen Erkrankungen. Die Rezidive werden



jetzt deshalb häufiger beobachtet, weil die Behandlung energischer und die Kontrolle genauer ist; sie können durch erneute Salvarsaninjektion geheilt werden. Den Sinnesorganen ist das Salvarsan nicht schädlich. (*Misch.*)

Die bei der Salvarsanbehandlung zuweilen auftretenden Hirnschwellungserscheinungen hält **Pinkus** (454) nicht für die Folge einer Vergiftung durch Salvarsan oder ein Abbauprodukt desselben, sondern für Reaktionserscheinungen syphilitischer Stoffe durch den Anstoß des stark wirkenden Mittels. Es gehören diese Erscheinungen zur Herxheimerschen Reaktion. Sie können nach der zweiten oder auch schon nach der ersten Injektion auftreten. Im ersteren Falle hat eine erste, selbst reaktionslos verlaufene Salvarsaninfusion das Gehirn durch gelockerte Syphilisstoffe so sensibilisiert, daß eine darauf folgende Infusion zu starker Herxheimerscher Reaktion dieses Organes führt, im zweiten Fall kann der Zustand der Reaktionsfähigkeit in einem zu behandelnden Fall ohne klinische Symptome vorhanden sein, so daß schon bei der ersten Infusion eine schwere Hirnstörung folgt. Die Erscheinungen treten erst mehrere Tage nach der Infusion auf, weil nicht Ödem oder Hyperämie selbst klinische Symptome machen, sondern erst die allmählich eintretende Schädigung der Nervenfasern und Ganglienzellen. Es müssen auch die reagierenden Stoffe nicht vorher im Gehirn angehäuft sein, vielmehr können durch die erste Infusion latente Stoffe zur Loslösung, Vermehrung und Aufspeicherung im Gehirn gelangen, um dann auf die zweite Infusion zu reagieren, sie können entweder von alten Zerebral- oder Meningealherden ausgehen oder auch auf dem Blutwege von irgendwoher ins Gehirn transportiert werden. Als praktische Folgen schließt Verf. aus diesen Betrachtungen, daß entweder, wie Gennerich es tut, so stark und oft wie möglich Salvarsan, gemischt mit stärksten Quecksilberdosen, angewandt werden soll, oder daß mit geringen Mengen der Medikamente vorgegangen wird. Für diesen Fall eignet sich am besten die „chronisch intermittierende Behandlung zum Zweck der fraktionierten Syphilissterilisierung", indem in größeren Abständen kleine Salvarsandosen, mehr als Provokationsmittel, und dazwischen stärkste Jod- und Quecksilberdosen zur Zerstörung der geweckten Syphiliskeime gegeben werden. Als Leitsätze für die Salvarsanbehandlung gibt Verf. an: Die erste Salvarsandosis soll nicht zu hoch sein. Die zweite Dosis soll nicht größer sein als die erste. Die zweite Dosis soll nicht zu schnell der ersten folgen. Salvarsan soll stets mit einer energischen oder einer langdauernden Quecksilberkur kombiniert werden. Noch vor der ersten Salvarsaninfusion soll recht viel Reaktionsstoff durch Hg oder Jod beseitigt werden. Die Reizwirkung des Salvarsans auf latente syphilitische Herde ist wertvoller als die Heilwirkung. (*Misch.*)

Salvarsanwirkung bei syphilitischer und metasyphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Nach Beobachtung an 101 Fällen kommt **Brodski** (78) zu dem Resultate, daß zwar in einigen Fällen von Syphilis des Zentralnervensystems ein schneller Erfolg durch Salvarsan beobachtet war, daß man aber im großen ganzen nicht viel erwarten darf. Zuweilen ist es zweckmäßig, Salvarsan neben Quecksilber und Jod anzuwenden.

Nach **Leredde** (325) ist die Tabes eine echt syphilitische Krankheit und durch antisyphilitische Mittel heilbar. Eine möglichst intensive Behandlung und Anwendung von Salvarsan oder Neosalvarsan in geeigneten Dosen (0,01 bei Salvarsan, 0,015 bei Neosalvarsan) und Fortsetzung der Behandlung bis zum Verschwinden der positiven Seroreaktion und jedes klinischen und biologischen Symptoms — sind die Vorbedingungen der Heilung.



Canestrini (94) sah in keinem von den mit Salvarsan behandelten Tabesfällen irgend eine Schädigung. Zum mindesten erfuhr das subjektive Befinden der Kranken und hiermit ihre Leistungsfähigkeit eine erhebliche Besserung. Deutlich ausgeprägt war der bessernde Einfluß auf die lanzinierenden Schmerzen. In einigen Fällen wurden auch objektive Besserungen erzielt; so kamen vorher nicht auslösbare Reflexe unter Salvarsan wieder zum Vorschein, und deutliche Sensibilitätsstörungen gingen wieder zurück. Der Erfolg der Therapie ist wirkungsvoller, wenn der Salvarsaninjektion eine Quecksilberbehandlung vorangeht.

Nonne's (424) ausführliche aus einem reichen Material geschöpften Ausführungen über Wert und Bedeutung der modernen Syphilistherapie für die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems lassen zu dem Schlusse kommen, daß Salvarsan oft eine eminente Wirkung wie auf alle syphilitischen Produkte überhaupt so auch auf die echte Syphilis des Nervensystems hat. Eine Sterilisatio magna wird durch die bisherigen Dosen beim Menschen, wenn überhaupt so jedenfalls nur in ganz seltenen Fällen erreicht; eine intensive Behandlung der primären und sekundären Syphilis mit mittleren und größeren Dosen Salvarsans kann Gefahr für das Nervensystem bringen. Eine Behandlung der Tabes und der Paralyse mit den bisher angewandten Dosen von Salvarsan kann keinen Schaden bringen. Eine Überlegenheit des Salvarsans gegenüber dem Quecksilber und Jod ist bei den syphilogenen Erkrankungen des Nervensystems nicht bewiesen. Salvarsan ist ein mächtiges und bequemes Antisyphilitikum, wenn es mit richtiger Technik und Dosierung angewandt wird.

Sachs und **Strauss** (497) schließen aus ihren Untersuchungen, daß Salvarsan keinen heilenden Effekt auf den Verlauf der Tabes und Paralyse ausübt; nur einzelne Symptome, speziell Blasen- und Sexualfunktionen, werden anscheinend günstig beeinflußt. Eine zweifellose Besserung erfahren die Fälle von Hirn- und Rückenmarkssyphilis, darunter ganz besonders die akuten und subakuten Formen der Lues cerebri.

Ausführlich behandelt **Spiethoff** (536) den Einfluß des Salvarsans auf das Nervensystem. Er erörtert die Frage der Neurorezidive und hebt als wesentlich hierbei das Verhalten der Lumbalflüssigkeit hervor. Der günstige Einfluß des Salvarsans bei metaluetischen Erkrankungen, speziell bei Tabes, wird betont. Die primäre Ursache der gehäuften Neurorezidive in der Salvarsanära erblickt Verf. in der unzureichenden Dosierung; er nimmt aber auch an, daß Salvarsan im Zentralnervensystem einen Locus minoris resistentiae schaffe, der das Auskeimen der Spirochäten begünstige. Für die Praxis muß immer wieder die Wichtigkeit einer frühzeitig einsetzenden, energischen Kur hervorgehoben werden.

Yanniri (637) zeigt an einzelnen Fällen von Parasyphilis (Hirnlues, progressive Paralyse) die günstige Beeinflussung des Verlaufs durch Salvarsan. Er betont, daß das Mittel vornehmlich dort indiziert ist, wo die syphilitische Infektion noch fortbesteht, d. h. wo also Symptome einer aktiven Lues noch nachweisbar sind.

Donath (131) hält das Salvarsan infolge seiner schnellen Wirkung zunächst indiziert bei den echt syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Aber auch bei Tabes sah Verf. vielfache symptomatische Besserungen. Für die Behandlung der Paralyse empfiehlt Donath das Natr. nucleinic., welches in Kombination mit Salvarsan zufriedenstellende Wirkungen erziele.

Donath (132) hat in seinen Fällen beachtenswerte Resultate sowohl bei syphilitischen als metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems erzielt. Verf. gibt eine genaue Registrierung der gebesserten Symptome für Lues cerebri, cerebrospinalis und spinalis, sowie für Tabes und



Paralyse. Bei den echtsyphilitischen Erkrankungen des Nervensystems kann das Salvarsan mit dem Quecksilber oder Jod kombiniert werden.

Salvarsan bei nicht luischen Nervenaffektionen.

Salinger (499) injizierte einer 10jährigen Patientin, bei der eine hereditäre Lues sowie eine Chorea minor festgestellt wurde, 0,1 Salvarsan intravenös. Die Symptome der Chorea verschwanden unter dieser Therapie vollkommen.

Burr (82) beschreibt einen Fall von syphilitischer Periostitis, kompliziert durch das Auftreten von angioneurotischen Ödemen. Letztere trotzten jeder Behandlung, gingen aber auf Salvarsan prompt zurück.

Joos (291) berichtet über einen mit Salvarsan behandelten Fall von malignem Hirntumor, der einen ungewöhnlich schnellen letalen Verlauf darbot. Aus der Beobachtung des Verf. sowie aus den übrigen in der Literatur niedergelegten Erfahrungen scheint hervorzugehen, daß dem Salvarsan eine erweichende Wirkung auf maligne Tumoren zukommt.

Nach den Untersuchungen von **Broden, Rodhain** und **Corin** (77) wirkt Salvarsan auf das Trypanos. Gambiense schnell und sehr energisch, wenn es endovenös oder intramuskulär eingeführt wird. Auf den mit Trypanos. Gambiense infizierten Organismus wirkt es roborierend und ähnlich wie andere Arsenpräparate kräftigend und gewichtvermehrend. Doch kann das Salvarsan allein oder in Verbindung mit anderen Medikamenten die Kranken nicht heilen, da Nervenzentren bereits alteriert sind. Es kann selbst nicht alle Fälle der Trypanosomenkrankheit aus dem ersten Stadium heilen, aber in einer großen Anzahl von Fällen des ersten Stadiums bildete es eine Therapia sterilisans magna.

Faure (164) verlangt bei den chronischen syphilitischen Nervenerkrankungen zwei Arten von Behandlung: hygienisch-diätetische Maßnahmen und energische Arsenquecksilberbehandlung. Beide müssen stets zusammen angewandt werden. (*Misch.*)

Moore (403) beobachtete heftige Reaktionserscheinungen auf Salvarsaninjektionen bei einem Fall von früher Paralyse. Die erste intravenöse Injektion ergab eine selten schwere Reaktion: hohe Temperaturen, Leibschmerzen, Erbrechen, Diarrhoen, die nach 20 Stunden wieder verschwanden. Eine zwei Monate später vorgenommene zweite intravenöse Injektion von 0,5 gr zeitigte noch schwerere Reaktionserscheinungen mit sehr hohen Temperaturen; später erfolgte eine Lähmung sämtlicher Extremitäten, und der Tod trat 36 Stunden nach der Injektion ein. (*Misch.*)

Jadassohn (284) verlangt bei Tabes und Paralyse eine spezifische Behandlung, da mehr oder weniger günstige Berichte vorliegen. Da die besten Erfolge an den Frühstadien der Erkrankung zu verzeichnen sind, so hängt sehr viel von der Frühdiagnose ab. Therapeutische Versuche sind schon deshalb geboten, weil oft eine Kombination von syphilitischen und parasyphilitischen Erkrankungen vorliegt und auch die Differentialdiagnose oft schwierig ist. Am besten ist die kombinierte Behandlung mit Salvarsan, Quecksilber und Jod, zunächst in vorsichtig tastenden Dosen zur Erprobung der Toleranz, dann unter genauer Beobachtung des Patienten energische Dosen über längere Zeit hin. Bei vorsichtigem Vorgehen ist die Gefahr des Salvarsans bei den parasyphilitischen Erkrankungen nicht größer als bei der Syphilis selbst und nicht größer als bei Quecksilberbehandlung. (*Misch.*)

Fradking (183) beschreibt einen Fall von Synkope nach Salvarsaninjektion, bei dem sich ergab, daß nicht das Salvarsan die Schuld an dem Zwischenfall trug, sondern ein bereits vorher bestehender Adams-Stokes auf syphilitischer Grundlage. (*Misch.*)



d) Quecksilber.

Vorbrodt und **Kafka** (598) haben in 10 Fällen von metasyphilitischen Erkrankungen die Enesolbehandlung angewandt. Die Paralysefälle wurden hierdurch in keiner Weise beeinflußt; nur in einem Tabesfalle war eine geringe Besserung einer Arthropathie deutlich ersichtlich.

Marcus (366) zeigt durch seine Untersuchungen, daß die Hg-Therapie auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion einen großen Einfluß ausübt. Man ist indessen noch nicht berechtigt, das Verhalten der Seroreaktion als Richtschnur für die Therapie zu betrachten.

Lasarew (320) untersucht die Frage, ob das zu therapeutischen Zwecken in den Organismus eingeführte Quecksilber in die Zerebrospinalflüssigkeit abgeschieden wird. Nach einer ausführlichen Beschreibung der Methodik des Quecksilbernachweises im Liquor wird als das an verschiedenen Patienten gewonnene Ergebnis der Untersuchung berichtet, daß das Quecksilber, in welcher Form es auch eingeführt wird, niemals in die Zerebrospinalflüssigkeit übergeht. Demnach ist auch die klinische Wirkung des Quecksilbers auf das Zentralnervensystem eine Wirkung, die vom Blute aus erfolgt. (*Misch.*)

Über Hörstörungen, die durch Hektin hervorgerufen werden, berichten **Gaucher** und **Guggenheim** (198). Man muß die an einem vorher normalen Gehörorgan durch das Hektin hervorgerufenen Störungen von den bei bereits bestehender Schädigung hinzukommenden Störungen unterscheiden. Im ersteren Fall tritt plötzlich unter Ohrensausen eine doppelseitige Taubheit auf, im anderen Fall wird die bereits verminderte Hörfähigkeit plötzlich bedeutend verschlechtert. Im ersteren Fall ist die Prognose im allgemeinen gut, indem nach einigen Wochen das Gehör gewöhnlich bis zu seiner physiologischen Leistungsfähigkeit wiederhergestellt ist, dagegen ist die Prognose bei den schon vorher an Otosklerose erkrankten Patienten niemals so günstig; in einigen Fällen bleiben sogar schwere irreparable Läsionen zurück. Demnach schlagen die Verff. vor, stets das Hektin in zehn Injektionen von nicht mehr als 0,10 gr zu geben, bei Patienten aber, die an einer Gehöraffektion erkrankt sind, die Anwendung des Präparates ganz zu unterlassen. (*Misch.*)

e) Arsen.

Stäubli (542) beobachtete bei zwei Patienten nach subkutaner Injektion von Natrium kakodylikum (0,05) eine große Überempfindlichkeit, die sich äußerte in einer ausgedehnten lokalen entzündlichen Schwellung, in starkem Temperaturanstieg, allgemeinem Krankheitsgefühl, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Gliederschmerzen, Atembeschwerden. Bei diesen Patienten gab die mit Natrium kakodylikum vorgenommene Kutanreaktion ein positives Resultat.

Engelen (157) befürwortet die Anwendung des Arsens und speziell der Injektionen von kakodylsaur. Natrium bei Neurasthenikern, die durch Blässe und Blutarmut sich auszeichnen. Er sah den Hämoglobingehalt von 30 auf 60% steigen.

An der Hand einer Reihe von Versuchen zeigten **Arzt** und **Kerl** (9), daß durch Einwirkung von Organbrei auf Atoxyl für das Tier toxische Substanzen entstehen. Zwischen Leber und Gehirn besteht eine Differenz, insofern der Zusatz von Leberbrei die Toxizität des Atoxyls bedeutend mehr erhöht als der des Gehirnbreies. Ersetzen des Leberbreies durch Glykogen ergibt ebenfalls eine äußerst toxische Substanz.

Castelli (100) spricht auf Grund seiner Versuche dem Arrhenal und kakodylsauren Natrium jede Heilwirkung bei experimentellen Spirillen- und Trypanosomenerkrankungen ab.



Peschic (447) findet, daß bei Hühnern die spirillozide Wirkung der Dosis minima efficax des Atoxyls nach oft wiederholten Dosen nicht beeinträchtigt wird. Es spricht dies für die Annahme, daß es sich bei der Atoxylwirkung nicht um die Entfaltung eines Reizes auf die Zelle und um eine dadurch verursachte Antikörperbildung handelt, sondern um direkt chemotherapeutische Effekte im Sinne des Ehrlichschen Parasitotropins. (*Misch.*)

f) Jod.

Jodival enthält nach **Dorn** (133) 47 % Jod; es ist ein a-Monojodisovalerylharnstoff, unlöslich in kaltem Wasser, Äther und Alkohol. Es passiert den Magen ungelöst und unzersetzt, löst sich erst im Dünndarm und wird als Jodivalnatrium resorbiert. Es bewährte sich bei Lues, Arteriosklerose und Erkrankungen der Luftwege.

Jodozitin, ein neues Jodlezithineiweißpräparat ist nach **Chrzelitzer** (105) imstande, das Jodkali in den verschiedenen Stadien der Lues zu ersetzen. Bei gleicher Wirkung wie die anderen Jodpräparate hat es keine Jodismuserscheinungen im Gefolge. Durch den Lezithingehalt ist es ein gutes Tonikum, bei Arteriosklerose wirkt es halblösend, bei Lues mit Schädigungen des Nervensystems wirkt Lezithin zugleich günstig als Nervenkräftigungsmittel.

Jodozitin ein Jodlezithineiweißpräparat bewährte sich nach **Jaeger** (285) bei Arteriosklerose.

In Jodozitin ist, wie **Steiner** (544) angibt, das Jod an Lezithin gut gebunden, so daß eine neurotrope Wirkung eintreten kann. Bei Neurasthenie auf der Basis von Arteriosklerose wirkte das Mittel roborierend und auch in anderen Fällen günstig, wo nervöse Beschwerden mit der Arteriosklerose im Zusammenhang standen.

Jodostarin, das 47,5 % Jod enthält, zeichnet sich nach **Saalfeld** (495) durch sehr gute Bekömmlichkeit, leichte Resorbierbarkeit bei verlangsamter Ausscheidung und geringe Giftigkeit aus.

Travaglino (582) fand, daß Tiodin im Gegensatz zu Jodalkalium eine noch 4 bis 5 Monate nach Ende der Kur anhaltende Erniedrigung des Blutdrucks bei 7 Kranken bewirkte. (*Stärcke.*)

Deutsch (125) betrachtet das Eisenjodozitin — eine Verbindung von zirka 3 % Eisen, 15 % Jod und 80 % Lezithin als idealstes Jodpräparat, das sich bei Rachitis, Lymphulose usw. gut bewährt.

Das Jodostarin, das einen Jodgehalt von 48 % hat, erscheint nach **Herzfeld** und **Makler** (255) weder im Blut noch im Harn in unverändertem Zustande, sondern wird in anorganischer Form wieder ausgeschieden. Durch den Harn werden im Mittel 62,6 % Jod, durch die Fäzes 7,5 % ausgeschieden.

Sanasklerose, ein Jodeiweißpräparat, enthält nach **Goedel** (210) Lezithinalbumin 40 % Kal. jodat., Sol. physiol. neutr. aa 1,0. Jede Tablette enthält 0,1 Kal. jodol. Bei Arteriosklerose, Lues, Asthma hatte Sanasklerose den gleichen Erfolg wie Jodkali, ohne den Magen irgendwie anzugreifen.

Jodtropin wirkte nach **Loewy** (356) günstig bei Arteriosklerose. Wo mit der klinisch nachweisbaren Arteriosklerose eine ebenfalls nachweisbare Blutdrucksteigerung einherging, wurde diese stets durch Jodtropin herabgesetzt. Die auf Störungen der Zirkulation beruhenden subjektiven Erscheinungen der Arteriosklerose wurden wesentlich gebessert. Jodtropin tritt, wie Bickel nachwies, unzerlegt in den Darm über und wird allmählich ausgeschieden.

Subkutane oder intramuskuläre Injektionen von Jodnatrium in Dosen von höchstens 0,02 g empfiehlt **Champion** (102) zur Schmerzstillung und



zur Lösung von Bronchial- und Gefäßspasmen. So wendet er sie an bei Interkostalneuralgien, bei Pleuritiden und Pneumonien, bei Lumbago, bei Ischias, bei gewissen Kopfschmerzen, bei Iritis, bei Rheumatismus. Unter den Spasmen werden vor allem die Herzpalpitationen und gewisse Dyspnoen, sowie das akute Lungenödem günstig beeinflußt; auch gewisse traumatische Schwindel und Symptome von Angina pectoris wurden auf diese Weise gebessert. Die Wirkung ist zuweilen unmittelbar, zuweilen tritt sie zunehmend innerhalb weniger Stunden ein. Sie ist keineswegs irgendwie spezifisch oder die eines Anästhetikums, sondern lediglich vasodilatatorischer Natur, indem sie die Gefäßspasmen aufhebt. Wenn das Jod mit dem Morphin verglichen werden soll, so hat es vor ihm den Vorzug, daß es nicht giftig ist, daß es die Verdauung nicht beeinflußt, und daß es vor allem keine Kopfkongestionen macht. Im Gegenteil können die traumatischen Schädigungen, die Kongestionen und sogar die Entzündungen des Kopfes durch das Jod günstig beeinflußt werden. (*Misch.*)

g) Baldrianpräparate.

Camphausen (90) gibt ein sehr ausgedehntes Indikationsgebiet an für die Anwendung des Bornyvals bei Nervenleiden. Durch Herstellung eines neuen Präparats „Neu-Bornyval" wird das lästige Aufstoßen, das einzelne Kranke nach Bornyval haben, vermieden.

g) Brom.

Bei rein nervöser Schlaflosigkeit sah **Schröder** (515) von Bromural 2—4 Tabletten meist einen guten Erfolg. Da es seiner Natur nach jeden Mißbrauch ausschließt, kann man es auch weniger zuverlässigen Patienten in die Hände geben.

Tischler (574) beschreibt einen Fall, in welchem 21 Bromuraltabletten à 0,3 im Laufe einiger Stunden genommen wurden, ohne daß üble Nachwirkungen, abgesehen von einem vorübergehenden Unwohlsein (Übelkeit), aufgetreten sind.

Als Sedobrol wird von **Ammann** (5) eine Mischung von Bromnatrium mit würzenden Extraktivstoffen bezeichnet. Das Mittel wird salzlosen Suppen zugesetzt. Der Geschmack der Suppe ist dann weit besser als bei dem einfachen Zusetzen von Bromnatrium.

Zebromal ist ein von Merk dargestelltes Brompräparat (Dibromzimtsäuremethylester). Dasselbe besitzt nach **Jödicke** (290) eine starke antiepileptische Wirkung. Nicht unangenehm von Geschmack hat es gar keine schädliche Wirkung auf den Verdauungstraktus. Für leichtere Fälle von Epilepsie mit längeren Pausen genügen 1—2 Tabletten täglich, für schwerere Fälle 4—7 Tabletten täglich. Die krampfstillende Wirkung tritt ziemlich schnell ein.

Ureabromin enthält nach **Jach** (280) 36% Brom; es ist ein glänzendes geruchloses, weißes Pulver. Es wurde Epileptikern in Dosen von 4—6 g täglich mit gutem Erfolg gegeben. Es macht keine Akne, scheint etwas diuretisch zu wirken. Die Kranken befanden sich psychisch besser wie bei den Gebrauch der Bromalkalien.

Adamon, eine neue Kombination von Brom und Borneol, bewährte sich **Bogner** (67) als gutes Sedativum bei nervösen Erregungszuständen. Es wird in Pulver oder Tablettenform à 0,5 gegeben und ist absolut geruch- und geschmacklos.



v. Rad (462): Adamon, ein Dibromdihydrobromamidoborneolester, ist geruch- und geschmacklos. 3—4 mal täglich, Tabletten haben eine sichere sedative Wirkung.

Bei leichteren Fällen von Erregung und Schlaflosigkeit sah **Stulz** (562) von Adamon dem Brom-Borneol in Dosen von 0,5 dreimal täglich, gute Erfolge. In schwereren Fällen sind größere Dosen erforderlich.

In Dosen von 1,0—3,0 hat das Neuronal nach **Seige** (521) eine gute hypnotische Wirkung; in kleineren Dosen wirkt es sedativ, so in Dosen von 0,5 mehrmals täglich. Bei Schmerzen bewährte sich eine Kombination mit Antifebrin, „Neurofebrin" genannt. Bei längerem Gebrauch wurden geringe Sprach- und Gehstörungen beobachtet.

Javal (286) empfiehlt, die Bromide und Jodide statt in Lösungen in Brot zu verordnen, das zwecks noch größerer Wirksamkeit entchlort sein muß. Diese chlorfreien Brote sind länger haltbar als chlorhaltige und bei einem Zusatz von zehn pro Mille des Bromides oder Jodides frei von dem unangenehmen Geschmack der anderen Jod- und Brompräparate. Der Genuß während der Mahlzeiten ist langsam, wird nicht leicht vergessen und schützt vor Magenstörungen und Intoxikation, besonders bei langandauernder Behandlung. (*Lotz.*)

Als bestes Ersatzmittel für Kochsalz bei nephritischen Hydropsien findet **Leva** (336) das Bromnatrium. Er weist dies nach an Tieren, die durch Injektionen von Urannitrat nephritisch gemacht wurden, und die genau bestimmte Salz- und Wassermengen zugeführt erhielten. Nach der Sektion wurde dann, außer einer histologischen Untersuchung der Nieren, eine chemische Untersuchung der Pleura- und Abdominalexsudate, sowie ev. des Blutes, auf Chlor bzw. Brom angestellt. Aus den Versuchsprotokollen geht folgendes hervor: Die Tiere sterben meist nach dem fünften bis achten Tage, doch leben die Brom-, sowie die Kontrolltiere im allgemeinen länger als die Chlortiere. Die Sektion ergab sowohl bei den Brom- wie bei den Chlortieren ohne wesentlichen Unterschied eine starke Entzündung der Nieren, besonders der Epithelien. Die Chlortiere haben intra vitam ausnahmslos mehr Wasser getrunken und weniger Urin ausgeschieden als die Bromtiere und zeigen 40 bis 200 ccm Flüssigkeit in Pleura- und Abdominalraum, während die Bromtiere eine bessere Diurese und stets bedeutend geringere Flüssigkeitsansammlungen aufweisen als die Chlortiere. Das Chlor, das mit der Nahrung zugeführt wird, wird von den Chlortieren stark retiniert. Dagegen scheiden die Bromtiere, trotz chlorarmer Ernährung, ebensoviel, ja zum Teil mehr Chlor aus als die Chlortiere, und außerdem noch einen Teil des zugeführten Broms in immer größer werdenden Mengen. Hiermit ist der experimentelle Beweis erbracht, daß das Bromnatrium nicht nur wegen seines salzigen Geschmacks, sondern vor allem wegen der geringen Retention und der Anregung zur Entchlorung und Entwässerung des Organismus, als Ersatzmittel für das Kochsalz bei nephritischen Hydropsien vorzüglich geeignet ist. (*Misch.*)

Wolff und **Opp** (632) haben die Wirkung einmaliger größerer Bromgaben auf den Organismus untersucht. Es wurde der Urin von vier leicht Nierenkranken nach vorheriger Feststellung des Chlorgehaltes der v. Wypschen Brombestimmungsmethode unterworfen, nachdem den Kranken bei gleichbleibender Ernährung an einem Tage viermal 2,0 Bromnatrium gegeben worden war. Es zeigte sich, daß die Bromausscheidung sehr protrahiert vor sich geht, sich in diesen Fällen über zwei Wochen hinzog, daß ferner eine gesteigerte Cl-Ausscheidung stattfand und die täglich ausgeschiedene Harnmenge zunahm, ohne die Konzentration gleichbleibend erhalten zu



können. Dieselben Versuche, an Nephritikern ausgeführt, ergaben, daß sie sich genau wie Gesunde verhielten bei Nephritis interstitialis. Dagegen trat bei einem Fall von Nephritis parenchymatosa statt einer vermehrten NaCl-Ausscheidung eine Verminderung derselben auf, so daß der Gedanke, es wegen seiner Cl austreibenden Wirkung bei Cl-Retention zu verwenden, als unbrauchbar erwiesen wurde. Am Hunde konnte nach einer großen Bromgabe nachgewiesen werden, daß Brom auch durch den Magensaft ausgeschieden wird, wobei aber keine Vermehrung des Chlorgehaltes im Mageninhalt auftritt. (*Lotz.*)

i) Schlafmittel (nicht narkotische).

Bei den Versuchen, die **Gregor** (222) über die Nebenwirkungen der Schlafmittel anstellte, ergab es sich, daß während der Veronalmedikation in allen 9 Fällen eine Herabsetzung des Blutdruckes erfolgte. Unter den fortgesetzten Gebrauch von Proponal, Neuronal, Isopral, Adalin trat bei der Mehrzahl der Fälle eine Verminderung des Druckniveaus ein. Von Paraldehyd und Chloralhydrat schien bloß die Hälfte einer allerdings kleineren Gruppe in diesem Sinne beeinflußt zu werden. Unter Trional erfolgte bloß in einem von 4 Fällen eine Verminderung des Blutdrucks. Über die Schnelligkeit, mit der sich die Druckverminderung entwickelte, sind allgemeine Regeln bei den einzelnen Mitteln nicht aufzustellen. Hier scheinen individuelle Verhältnisse maßgebend zu sein. Proponal und Veronal scheinen eine Tendenz zur Dauerwirkung zu haben, d. h. zu anhaltender Erniedrigung des Druckniveaus trotz Wegfall des Mittels. Bei Isopral tritt das frühere Niveau gleich nach dem Aussetzen des Mittels ein. Neben Schwankungen des Druckniveaus treten mitunter auch Änderungen der Pulsfrequenz in die Erscheinung. Die beobachteten Modifikationen der Pulsfrequenz hängen nicht von den Blutdruckänderungen ab. Selbst unter den mittleren Dosen der Schlafmittel waren vielfach deutliche schädigende Einflüsse auf die Herztätigkeit (Arhythmien) zu beobachten.

Die Untersuchungen **Gregor**'s (223) über psychische Nebenwirkungen der Schlafmittel ergaben, daß die Schädigungen des Individuums mannigfach sein können. Zunächst kann eine bloß relative Schädigung eintreten, die darin besteht, daß die intellektuellen Leistungen nicht mit dem normalen Übungszuwachs fortschreiten. Die Intoxikation schwindet nicht immer durch Gewöhnung an das Mittel und kann mit der Zeit schädigend wirken. Dazu kommen die Beeinflussung des Schlafes ohne Mittel, die Abstinenzerscheinungen nach Aussetzen des Mittels. Nach den Prüfungen der geistigen Leistungen scheint Paraldehyd ein Schlafmittel zu sein, welches wir einem Individuum, dessen Reaktion auf Hypnotika wir noch nicht kennen, mit der geringsten Befürchtung, die psychischen Funktionen zu schädigen, über mehrere Tage hinaus verabreichen können. Dem Paraldehyd schließt sich in diesem Sinne Medinal in der Dosis von 0,25 und wohl auch Adalin in Dosis von 0,5 an. 0,5 Isopral und 0,5 Neuronal und 1,0 Adalin oder 0,6 Bromural bieten nur $^1/_6$ Wahrscheinlichkeit, auf die Dauer die geistigen Funktionen zu schädigen. Mehr schädigend als diese wirken der Reihe nach 0,5 Trional, 1,0 Isopral, 1,0 Neuronal, 0,5 Medinal und 1 g Trional, das in allen Fällen nachteilig wirkte. Dabei handelt es sich nur um Dauerwirkungen. Individuelle Differenzen spielen hierbei jedoch eine große Rolle.

Adalin.

Adalin bewährte sich nach **Tauszk** (568) in Dosen von 0,5 als Sedativum und in Dosen von 1 g in warmen Wasser als Analgetikum und



Hypnotikum. Es hat weder unangenehme Neben- noch schädliche Nachwirkungen.

Adalin wird von **Ehrenwall** (148) als ein Hypnotikum und Sedativum mittelschweren Grades bezeichnet. Stärkere Erregungen auf psychischem Gebiete bilden eine Kontraindikation. Als Sedativum genügt 0,3—0,5, als Hypnotikum 1,0—1,5. In heißer Flüssigkeit genommen, tritt die Wirkung schneller ein, meist in $^1/_2$—1 Stunde nach dem Einnehmen. 1,0 Adalin dürfte entsprechen 0,5—0,75 Veronal und 1,0—1,5 Trional.

Bei leichten und mittleren Fällen von Schlaflosigkeit hatte Adalin nach **Fischer** (178) günstige Wirkung, ebenso als einfaches Sedativum. Nach Dosen von 4—9 g, die zu selbstmörderischen Zwecken genommen wurden, trat außer einem 12—30 stündigen Schlaf keine ungünstige Wirkung ein.

Glombitza (208) hatte gute Erfolge von der Anwendung des Adalins als Beruhigungsmittel in allen Fällen leichter halluzinatorischer und motorischer Erregtheit. In Fällen starker Erregtheit versagten jedoch auch hohe Dosen. Die völlige Geschmacklosigkeit, die rasche Ausscheidung, das Fehlen der Angewöhnung zeichnen das Mittel aus. Der hohe Preis wie die Unregelmäßigkeit der Wirkung sind noch Nachteile des Mittels.

Der Blutdruck in der Art. brachialis sinkt nach **Ponomasew** (458) beim Adalingebrauch nur minimal und steigt in den Fingerarterien. Die Blutversorgung des Gewebes wird besser. Bei Nephritikern ist infolge des gesteigerten Blutdruckes Adalin nicht zu gebrauchen. Bei Arteriosklerotikern sinkt nach Adalin der Blutdruck. Bei Kardiosklerose empfehlen sich wiederholte Gaben von 0,25—0,5. Die Diurese ist bei Herzkranken gesteigert. Mit Rücksicht auf die schnelle Blutversorgung empfiehlt sich Adalin bei anämischen und geschwächten Individuen, auch bei solchen, die an Herzfehlern leiden. (*Kron.*)

Adalin ist nach **Gudden** (234) eins der besten Sedativa und Hypnotica. Zwei bis drei Tabletten können zur schlafmachenden Wirkung ohne Schaden genommen werden. Nie treten üble Nebenwirkungen auf.

Impens (273) hielt es für unzweckmäßig, ein durch Auflösung in Alkalien sehr zersetztes Adalin zu verabreichen. Die hypnotische Wirkung des Adalins ist auf die Substanz als solche zurückzuführen, die Abbauprodukte spielen dabei eine nebensächliche Rolle.

Als Schlafmittel wirkte 1 g Adalin gut in nicht zu schweren Fällen. Doch sah **Lube** (360) nach 2—3 Wochen eine Gewöhnung an das Mittel eintreten. 1 g Adalin wirkte ähnlich wie 0,5 g Veronal. Bei Schlaflosigkeit, die mit Schmerzen einhergeht, wirkte eine Kombination des Adalins mit Phenazetin günstig. Als Beruhigungsmittel wirkte Adalin nur bei leichteren Verstimmungs- und Anregungszuständen. Bei Zuständen mit schwerer Angst oder mit großer Erregung und starker motorischer Unruhe blieb der Erfolg aus. Bis zu 2 g wird Adalin ohne jede unangenehme Nebenerscheinung oder Nachwirkung gut vertragen.

Tiling (573) sah gute Erfolge von Adalin bei nicht kompensierten Herzaffektionen. Bei täglichen Dosen von 2,0—2,5 können solche Kranke auch ohne Opiate wochenlang auskommen. Auch bei Reizzuständen des Respirationsapparates wirkt Adalin beruhigend.

Lorenz (358) hat das Adalin in zirka 100 Fällen von Tuberkulose im Früh- und mäßig vorgeschrittenen Stadium erprobt und kommt zu folgenden Resultaten: Es wird die erwünschte Wirkung erreicht durch 0,5 gr Adalin bei 10 %, durch 0,75 bei 20 %, durch 1,0 bei 74,4 % der Fälle. Der Schlaf, der im allgemeinen nach $^1/_2$ bis zwei Stunden eintritt und vier bis acht

Stunden anhält, ist gut und fest. Merkwürdigerweise bleibt die Schlafwirkung, wenn das Mittel einige Zeit genommen wurde, nach dem Aussetzen weiter bestehen. Nebenerscheinungen traten wenig hervor; ohne Erscheinungen blieben 69,8 %, es schliefen unruhig oder gar nicht 24,7 %, über Müdigkeit und Schläfrigkeit am nächsten Tage klagten 31 %, und über Kopfschmerzen, Herzklopfen usw. 14,7 %. Schmerzen und Stiche bleiben durch das Mittel unbeeinflußt. Verf. hält das Adalin für ein sehr empfehlenswertes, wenn auch nicht unfehlbares Schlafmittel. (*Misch.*)

Walter (603) sah von Adalin als Beruhigungs- und Schlafmittel gute Wirkung. Schädliche Nebenwirkungen traten auch bei längerem Gebrauch nicht auf. Am wirksamsten war es bei nervöser Agrypnie, ferner bei Herzneurosen und bei organischen Herzkrankheiten. Die Dosis muß individuell bestimmt werden; oft genügen schon ganz kleine Gaben von 0,25.

Aleudrin.

Flamm (179) erhielt mit Aleudrin, den Karbaminsäureäther des a-a-Dichlorinpropylalkohols eine gute sedative und hypnotische Wirkung in Fällen von Angstpsychose, Dementia praecox, seniler Demenz, manisch-depressivem Irresein, Melancholie. Unangenehme Nebenerscheinungen oder Nachwirkungen traten nicht auf.

Hirschberg (258) hebt die sedative Wirkung des Aleudrins lobend hervor. Die Dosis schwankte zwischen 2 und 3 Tabletten pro Tag oder 1—2 Tabletten vor dem Schlafengehen. Nach dem Erwachen besteht weder Müdigkeit noch Kopfweh.

Bei erregten Geisteskranken hatte **Becker** (36) schon mit 1,5 g Aleudrin eine günstige Wirkung. 3 g Aleudrin ersetzten die Dosen von 2,0 Sulfonal oder auch eine Morphium-Hyoszininjektion; natürlich trat die Wirkung langsamer ein wie bei der Anwendung subkutaner Mittel. Es ist aber bei weitem unschädlicher als Sulfonal und wirkt immerhin noch schneller als dies.

Gutowitz (240) hat das Aleudrin, den Karbaminsäureester des α-α-Dichlorisopropylalkohols, hinsichtlich seiner physikalischen und chemischen Eigenschaften und seiner Wirksamkeit als Hypnotikum und Sedativum untersucht. Die letale Dosis liegt sehr hoch; die Narkose im Tierversuch mit Zusatz einiger Tropfen Äther zeigte keinerlei Nebenwirkung, griff nur in ganz geringem Maße die Temperaturregulierung und den Zirkulationsapparat an. Die Versuche an Patienten ergaben, daß bei leichten Erregungsverbänden 0,5 g, bei mäßiger Schlaflosigkeit 1,0 g, bei schwerer Schlaflosigkeit auch infolge von starken Schmerzen Dosen bis zu 2,0 g beruhigend wirkten, zirka 20—30 Minuten Schlaf herbeiführten und Schmerzen linderten. (*Lotz.*)

Aleudrin hatte in Dosen von 0,5 nach **Maas** (361) eine gute sedative und bei 1,0 eine hypnotische Wirkung, auch scheint es etwas schmerzstillend zu wirken; auf die Temperatur hat es nur einen unbedeutenden Einfluß, ebenso auf Blutdruck, Zirkulation und Respiration.

Aleudrin erzielte nach den Erfahrungen **Topp**'s (576) in Dosen von 1,0—1,5 g in Tablettenform einen Schlaf von 4—7 stündiger Dauer ohne Nachwehen; es ist den andern Schlafmitteln gleichwertig.

Luminal.

Nach 0,2—0,3 Luminal hatte **Dockhorn** (128) eine bessere hypnotische Wirkung als nach Veronal. Die Wirkung tritt eventuell nach einer Stunde ein und dauerte 6—8 Stunden. In kleinen Dosen traten keine Nebenerscheinungen auf.

Sanguineti (500a): 350 Beobachtungen über die Wirkung des „Luminals“ auf die verschiedensten Geisteskrankheiten ergaben sehr gute Resultate, nämlich prompten und sicheren Erfolg (der Schlaf trat nach einer viertel bis zwei Stunden nach der Darreichung ein); der Schlaf blieb regelmäßig auch nach Aussetzen der Medikation, in einzelnen Fällen konnte auch eine Besserung des psychischen Zustandes beobachtet werden. Keine toxische Wirkung, keine bemerkenswerte Veränderungen der Atmung und des Kreislaufs. Einige bei Ratten ausgeführte Experimente bewiesen, daß die Giftigkeit des Mittels eine sehr geringe, viel geringer als die des Chlorals ist. (*Audenino.*)

Szedlák (567) hat das Luminal und sein Natriumsalz bei 30 Geisteskranken verschiedener Form erprobt; Nebenwirkungen selten in Form von morgendlicher leichter Benommenheit. Besonders lobt Szedlák das Natriumsalz, welches die subkutane Anwendung in konzentrierter Form ermöglicht, 0,20 pro cbcm. Kleine Dosen, 0,1—0,3 leisten bei leichter nervöser Schlaflosigkeit gute Dienste; bei schwerer Schlaflosigkeit ohne Erregungszustände sind mittlere Dosen, 0,30—0,60 erforderlich, bei psychomotorischer Erregung muß man bis zu 1,0 anwenden, doch versagt das Mittel in diesen Fällen oft, und man muß zu heroischeren Zuflucht nehmen. Refracta dosi, 0,1 bis 0,2 g zwei- bis dreimal täglich, üben eine gute sedative Wirkung aus. (*Autoreferat.*)

Eder (147) berichtet ebenfalls gute Resultate von Luminal 0,2—0,4 als Schlafmittel. Bei Erbrechen und unruhigen Kranken gab er $^1/_2$—1 Spritze subkutan einer Lösung von 2,0:5,0 Aqua.

Fürer (192) teilte einen Fall mit, in welchem nach subkutanen Injektionen von 0,5 und 0,7 Luminal eine zirkumskripte Hautgangrän an den Injektionsstellen auftrat. Injiziert wurde $2^1/_2$ ccm einer Luminallösung 1:5. Patientin litt schon vor den Injektionen an sklerodermähnlichen Ernährungsstörungen der Haut.

Geissler (201) bekämpfte mit Luminal per os und durch subkutane Injektionen schwere Erregungszustände bei psychischen Kranken. Er gibt es hier auch prophylaktisch mit Erfolg in Dosen von 0,4—0,6 g. Luminal pflegt dem Hyoszin gegenüber erst nach $1—1^1/_2$ Stunden seine volle Wirksamkeit zu entfalten; auch bei subkutaner Anwendung wirkt es weniger schnell als Hyoszin oder selbst bei interner Anwendung. Kumulation tritt selbst nach chronischen Gaben von 0,4 nicht ein. Magen- und Nieren vertrugen das Mittel gut; es ist völlig geschmackfrei und ohne Neben- und Folgeerscheinungen.

Luminal wirkte, wie **Goldstein** (212) beobachten konnte, prompt und stark als Hypnotikum bei Angstzuständen und starker Erregung. Eine sedative Wirkung scheint es nicht zu besitzen. Wo es allein versagte, treten in Kombination mit Chloral und Opium recht gute Erfolge ein. Auch Suppositorien hatten in 79% vollen hypnotischen Effekt. Doch darf das Kakaoöl in der Schale nur bis zu 40 und 45° erwärmt werden, da eine hohe Erwärmung des Luminals nicht zulässig ist. Subkutan wirkte es bedeutend schwächer und langsamer als innerlich. Schlaf trat erst nach zwei Stunden ein bei einer Dosis von 0,3—0,6.

Auch **Graeffner** (220) sah gute Erfolge bei der Anwendung des Luminals.

In der Dosis von 0,2 wird Luminal von **Gregor** (224) als relativ harmloses, aber nicht sicher wirkendes Hypnotikum empfohlen. Dosen von 0,4 führen bei ruhigen einsichtigen Kranken zuweilen zu störenden Nebenwirkungen und subjektiven Beschwerden. In allen Fällen waren mehr oder weniger starke Blutdrucksenkungen und Störungen der psychischen Leistungs-



fähigkeit festzustellen. Die toxische Wirkung des Luminals scheint 2—2½ mal so groß zu sein wie die des Medinals; daher erfordert die Dosierung immerhin einige Vorsicht.

Hauptmann (251) gelang es, durch Luminal selbst in den Fällen von Epilepsie, welche durch die höchsten Bromdosen nicht mehr beeinflußt wurden, die Zahl und Schwere der Anfälle herabzusetzen. Mittelschwere Fälle werden schon durch Dosen von 0,15—0,2 pro die anfallsfrei gemacht; auch bei schweren Fällen braucht nicht mehr als 0,3 gegeben werden. Selbst nach monatelangem täglichen Gebrauch konnte weder eine kumulierende Wirkung noch ein schädlicher Nebeneffekt beobachtet werden.

Impens (274) sah nach konzentrierten Injektionen von Luminalnatrium bei Versuchstieren keine Gewebsschädigung. Für den internen Gebrauch bietet das Salz des Luminals keinen besonderen Vorteil. Die Resorption des Luminals erfolgt prompt und sicher. Luminal übertrifft das Veronal in jeder Beziehung an Wirksamkeit. Es wirkte auch, wo andere Schlafmittel im Stich lassen. Die Einführung der Phenylgruppe verstärkt nicht nur die hypnotischen Eigenschaften, sie beeinflußt auch ihren Charakter. In der Veronalwirkung ist neben der depressiven schlafmachenden Wirkung noch eine aufregende konsulsivische Tendenz, so daß nach großen Dosen Zuckungen und Krämpfe bei den Tieren auftreten. Diese Wirkung fehlt bei dem phenyl-substituierten zyklischen Harnstoff.

Nach 0,2—0,5 g Luminal erzielte auch **Juliusburger** (293) guten mehrstündigen Schlaf ohne spätere unangenehme Nebenwirkungen oder Nachwirkungen. Besonders günstig ist der Umstand, daß es auch subkutan (Luminal-Natrium gelöst in 1,5—2 ccm Wasser) verabreicht werden kann. Bei Agrypnie mit Schmerzen und Reizzuständen wirkt es weniger gut.

Kino (305) sah von Luminal bei zwei Epileptikern gute Erfolge; es machte das Brom fast entbehrlich.

König (312) sah nach innerer Verabreichung von Luminal ein Exanthem mit Temperatursteigerung und lokalen Hautnekrosen auftreten. Das muß auf eine Idiosynkrasie zurückgeführt werden. Luminal erscheint dem Verf. als das beste neuere Schlafmittel, das auch Skopolamin und Duboisin zum Teil ersetzen kann.

Luminal bewährte sich bei **Loewe** (355) als Sedativum und Hypnotikum bei allen Formen der Erregung Geisteskranker sowie bei Erregung und Schlafstörungen anderer Nervenkranker. In der Wirksamkeit entsprechen 0,2—03 g Luminal 0,5 Veronal. Es wirkt mitunter in Fällen, die sich gegen Veronal refraktär verhalten. Bei Deliranten und schmerzhaften Zuständen wirkt es ebenfalls gut. Bei Nichtgeisteskranken genügten 0,2—0,4 g als Schlafmittel, bei erregten Geisteskranken wirkten 0,6—0,8 g sicher. Nebenwirkungen wie Benommenheit, Rauschzustände, Blutdrucksenkung, Exantheme treten ähnlich wie bei Veronal und nach längerem Gebrauch auf. Das Luminalnatrium ist besser löslich, auch in Klysmaform anwendbar und als Injektion selbst bei widerstrebenden Geisteskranken geeignet, da die subkutane Anwendung völlig schmerzlos geschieht. In Kombination mit kleinen Morphindosen kann Luminal das Hyoszin ersetzen, falls nicht eine sofortige, schnelle Wirkung erforderlich ist.

Nach **Meyer** (394) wirkt Luminal nachhaltiger und intensiver als ein anderes Hypnotikum. Es kann als Sedativum vielfach Hyoszin ersetzen. Bei einfacher Schlaflosigkeit genügt 0,15, bei Erregungszuständen 0,45. Bei subkutaner Anwendung des Natriumsalzes ist nicht unter 0,4 g zu geben. Die Wirkung blieb stets die gleiche.



Luminal wirkte nach **Patschke** (440) in Dosen von 0,2—0,3 beruhigend, und in Dosen von 0,4—0,5 schlafbringend. Mitunter treten Schwindelerscheinungen, masernähnliches Exanthem und Erregungszustände danach auf. Bei Arteriosklerose ist es nicht anzuraten, und dem Hyoszin kann es bei innerlicher Anwendung nicht gleich kommen.

In Dosen von 0,2—0,4 g ist Luminal nach **Raecke** (463) bei einfacher Schlaflosigkeit ein recht wirksames und harmloses Mittel; es wirkt so wie die doppelte Veronaldosis. Die Wirkung tritt meist langsam ein. Bei größeren Erregungszuständen sind größere Dosen nötig. In Dosen von 0,6—0,8 intern oder subkutan erzielt man selbst bei den stärksten Erregungszuständen für viele Stunden Beruhigung. Auch die starken Dosen wurden gut vertragen.

Nach **Schaefer** (503) ist Luminal ein Sedativum und Hypnotikum, das auch bei organisch bedingten Schmerzen als Schlafmittel zu empfehlen ist. In seiner sedativen Wirkung übertrifft es alle ähnlichen Mittel. Nebenerscheinungen bedenklicher Art werden durch das Mittel nicht hervorgerufen. Bei Arteriosklerose und schweren Veränderungen der inneren Organe ist es nicht angebracht.

Sioli (535): Luminal in Dosen von 0,2 wirkt nach $^1/_4$ Stunde langsam, um in ca. 1 Stunde Schlaf zu erzielen. Wegen der langsamen und allmählich eintretenden Wirkung ist es bei lebhafter Unruhe am besten mit Skopolamin zu verbinden. Am besten bewährte es sich bei Agrypnie älterer Arteriosklerotiker. Das Natriumsalz des Luminals eignet sich sehr gut zur subkutanen Injektion und bewirkt keine lokalen Irritationen.

Bachem (16) gibt hier eine Übersicht über die neueren Arbeiten über das Luminal.

Als Sedativum und Hypnotikum kann das Luminal nach **Benedek** (44) zum Teil die Brompräparate, zum Teil auch bei aufgeregten Geisteskranken das Hyoszin ersetzen. Nach Hyoszin war die Blutdruckherabsetzung bei den Versuchen des Verf.s viel ausgesprochener als nach Luminal. Als Sedativum genügten 0,3—0,4 g bei unruhigen Geisteskranken am Tage, als Hypnotikum genügten bei erregten Kranken 0,74, d. h. 2 cm^3 subkutan einer 37,5 %igen Luminalnatriumlösung. Man wende bei unruhigen Kranken Spritzen von 2 cm an, um die ganze Dosis auf einmal zu injizieren. Der Schlaf war meist nach der Schlafdosis länger und ruhiger als nach 0,001 mg Hyoszin. — Neben- und Nachwirkungen wie Erbrechen, taumelnder Gang, betäubender Zustand kamen fast gar nicht zur Beobachtung.

Moerchen (405) hebt zunächst die große individuelle Verschiedenheit hervor, welche die Anwendung des Luminals bei Geisteskranken hat. Auch in den Dosen macht sich eine große Verschiedenheit geltend; mitunter wurde 1,2 ohne Nachteil gegeben, in anderen Fällen trat nach 0,3 am nächsten Tage Taumeln, Erbrechen, Benommenheit ein. Schwindel und Benommenheit am nächsten Tage waren sogar sehr häufig. Die protrahierte Wirkung, die Luminal hat, kann als nachhaltige sedative Wirkung in einzelnen Fällen verwertet werden. Bei schwächlichen Individuen ist jedenfalls zur Vorsicht beim Gebrauch zu raten. Jedenfalls prüfe man im Einzelfalle die Reaktion mit einer Dosis von 0,25, um erst allmählich auf 0,8 zu steigen.

Die Wirkung tritt in der Regel ziemlich spät ein und ist kumulierend. Die Lösung zur subkutanen Anwendung soll immer frisch bereitet sein, die Injektion geschehe nicht in die Haut, sondern in das Unterhautzellgewebe, in die lockeren Schichten. Mehrfach ist Hautgangrän vorgekommen. — Die Verbindung mit Skopolamin bewährte sich. — Die Dosierung des Luminals erfordert in jedem Falle eine gewisse Vorsicht, da zu große individuelle Schwankungen bestehen. Sonst übertrifft der therapeutische Effekt häufig

noch das Veronal. — Ob man bei Veronalismus oder Gefahr der Gewöhnung Luminal besser gibt als Veronal, erscheint zweifelhaft.

Wetzel (621) empfiehlt ebenfalls Luminal in Dosen von 0,2—0,5 g als Hypnotikum; unangenehme Nebenwirkungen blieben aus.

Das Luminal hält **Geymayer** (207) für ein ganz vorzügliches Mittel zur Bekämpfung der einfachen nervösen Agrypnie, sowie auch bei seniler Schlaflosigkeit; er gibt nur Dosen von 0,1—0,2 g und hatte damit (bei Frauen) einen vollen Erfolg. Bei Epilepsie beobachtete er ein deutliches Seltenerwerden und auch Ausbleiben der Anfälle für längere Zeit, bei einer Anfangsdosis von 0,3 g Luminal, bzw. 0,4 g Luminal-Natrium, und späterer längere Zeit hindurch fortgesetzter Darreichung von 0,1—0.15 pro die. (*Prager.*)

Veronal.

Rommel (484) berichtet über 2 Fälle von Veronalvergiftung mit tödlichem Ausgang; in dem einen Falle wurden 10, in dem anderen 25 g Veronal genommen. Veronal konnte im Urin nachgewiesen werden. Intra vitam fanden sich keine Anhaltspunkte für eine Nephritis, während die Sektion eine ausgesprochene schwere Epithelnekrose besonders des Tractus intestinalis nachwies — eine Veronalniere. — In Vergiftungsfällen wird Kampfer, Koffein, Adrenalin in Frage kommen. Zu vermeiden sind größere Kochsalzinfusionen.

Rehm (471) gibt dem Veronal den Vorzug vor dem Medinal, zumal es als Acidum diaethylbarbituricum verschrieben, wesentlich billiger ist und in der gleichen Menge mehr hypnotisch wirkt als Medinal. Es muß nur zeitig gegeben werden, da der Schlaf erst nach einer Stunde eintritt. Soll ein Schlafmittel nur im Bedarfsfalle während der Nacht genommen werden, so ist Medinal vorzuziehen.

Chineonal besteht nach **Winternitz** (627) aus 2 Teilen Chinin zu einem Teil Veronal. Es ist ein weißes, trockenes, bitterschmeckendes Pulver und wird gut vertragen. Außer bei Infektionskrankheiten hat es eine narkotische, nervenberuhigende, antineuralgische Wirkung auch in anderen geeigneten Fällen.

Veronazetin wird als unschädliches Sedativum und Hypnotikum von **Baer** (19) angepriesen. Die hypnotische Dosis besteht aus 2—3 Tabletten; mehr als 4 wurden nicht gegeben. In 2 Tabletten sind enthalten 0,3 Natrium diaethylbarbituricum, 0,25 Phenazetin und 0,025 Codein. phosphoricum.

k) Alkoholische und narkotische Schlafmittel.

Sternberg (546) sah im Alkohol resp. einer Mischung von mehreren Alkoholika günstige schlafmachende Wirkung, namentlich bei höheren Temperaturen.

Salzmann (500) empfiehlt hier Barzarin als ein neues Antidiabetikum. Versuche, Paraldehyd und Amylenhydrat mit Fett gleichzeitig in den Magen zu bringen, lehrten, daß dadurch der Teilungskoeffizient auf den Resorptionsvorgang dieser Narkotika so verändert wird, daß es sogar gelingt, an sich stark narkotische Gaben völlig wirkungslos zu machen. Beim Alkohol schwächte sich die Wirkung bei gleichzeitiger Aufnahme von Rahm erheblich ab. So wirkten auch Kognakzugaben zu Milch weniger berauschend.

Aponal hat nach **Simonstein** (533) dem Veronal gegenüber das voraus, daß die üble Nachwirkung für den nächsten Tag fortfällt und völlige Leistungsfähigkeit besteht. Das Aponal ist der Ester des tertiären Amylalkohols; es



bildet farblose Kristalle, die schwach nach Kampfer riechen und auch schmecken; in organischen Lösungsmitteln ist es leicht, in Wasser schwer löslich. Meist genügt eine einmalige abendliche Gabe von 1 g Aponal, um guten, ununterbrochenen Schlaf zu erzeugen. Die Wirkung erfolgt längstens in 1 Stunde. Der Geschmack war angenehm. Nebenwirkungen auf Magen, Darm, Herz traten nicht auf.

Noel und **Souttar** (423) empfehlen zur Herbeiführung eines schnellen Schlafes die intravenöse Injektion einer Paraldehydlösung.

Page (436) führt auf Grund einer großen Anzahl von klinischen Beobachtungen aus, daß Hedonal, in 0,75%iger Lösung intravenös injiziert, eine vollkommene Allgemeinnarkose hervorbringt; es kann in dieser Eigenschaft auch bei großen Operationen verwandt werden. — Seine Verabreichung geschieht am besten in kontinuierlicher Infusion. — Erbrechen oder Kopfschmerzen nach der Operation sind selten. Die Gefahren der Hedonalnarkose liegen in Störungen der Atmung. Am besten eignet sie sich für Operationen an Kopf und Nacken.

An Tierversuchen und klinischem Material konnte **Stursberg** (564) nachweisen, daß das Kodeonal, eine Mischung von Natrion. diaethylbarbituricum und Codeinum diaethylbarbituricum, die beruhigende Wirkung des Codeinum phosphoricum wesentlich übertrifft.

Grzibek (233) sah gute Wirkungen von Kodeonal bei Schlaflosigkeit und nicht allzu schweren Aufregungszuständen, insbesondere bei Melancholie. Die Wirkung war jedoch nicht konstant. Schädliche Nebenwirkungen traten nicht auf. Es wurden abends 2 Tabletten und je nach Bedarf zwei weitere in der Nacht gereicht. Jede Tablette enthält 0,02 Codein. diaethylbarbitur. und 0,15 Natr. diaethylbarbitur.

Kodeonal erwies sich bei **Gaupp** (199) als gutes Schlafmittel und namentlich in Fällen, wo die Schlaflosigkeit durch Atemnot, Hustenreiz, Schmerzen bedingt oder kompliziert ist. Auch zur Abwechslung mit anderen Schlafmitteln ist es geeignet. Die volle Schlafwirkung erreicht man mit 2 Tabletten; dieselben enthalten zusammen dann 0,04 Codein. diaethylbarbituricum und 0,3 Natr. diaethylbarbitur.

Kodeonal, eine salzartige chemische Verbindung von Kodeinum und Diäthylbarbitursäure hat nach **Bachem** (17) eine den beiden Komponenten entsprechende starke narkotische resp. hypnotische Eigenschaft. Es eignet sich besonders gut bei Schlafstörungen durch Hustenreiz und Schmerzen in den inneren Organen. Außerdem wirkt es leicht temperaturherabsetzend.

Kodeonal bewährte sich nach **Oy** (434) als angenehmes, ungefährliches Hypnotikum, das namentlich bei alten und heruntergekommenen Kranken mit starkem Hustenreiz und bei mäßiger Unruhe günstig wirkt. Blutdrucksteigerung oder -senkung fand nach Kodeonal nicht statt, auch keine Appetitstörung oder andere Nebenwirkungen. Bei größerer Unruhe oder Aufregung versagte das Mittel.

Kodeonal wirkte, wie **Beyerhaus** (56) angibt, ausreichend bei Schlaflosigkeit im Gefolge leichterer Psychosen. Es wirkte aber nicht so zuverlässig wie Trional 1 g, Chloral 2 g oder Veronal 0,5 g. Bei Schlaflosigkeit schwer erregter Kranken versagt es oft. Bei geistig Gesunden beseitigt es die Schlaflosigkeit auch bei starken Hustenanfällen und heftigen Schmerzen.

Buttermilch (85) empfiehlt das Aponal als Hypnotikum, das sich den bisher bekannten Schlafmitteln gut an die Seite stellen läßt. Bei einfacher Agrypnie ist es in Dosen von 0,5 oder höchstens 1,0 zu geben. Nebenwirkungen machen sich nicht bemerkbar. Auch bei Influenza hat es sich bewährt, indem es innerhalb von 3/4 bis eine Stunde die Muskel- und Nerven-

schmerzen beseitigt. Bei den Störungen der Magen- und Darmfunktion auf neurasthenischer Basis sind mit dem Mittel ebenfalls gute Erfolge zu verzeichnen. (*Misch.*)

Pantopon usw.

Pantoponinjektionen wandte **Engelen** (158) mit Erfolg an beim Asthma, bei Aortenaneurysmen, Angina pectoris, Anämie, tabischen Krisen, rezidivierenden Neuralgien, heftigen Gichtanfällen, paroxysmaler Tachykardie. Auch als Ersatz des Morphiums bei Morphinisten ist es angebracht.

Pantopon erwies sich nach **Piket** (452) auch in der Kinderpraxis den übrigen Opiumpräparaten gleichwertig, ja überlegen. Durch seine Löslichkeit läßt es sich genau dosieren. Sein Einfluß auf das Atemzentrum ist weit geringer als der des Morphins. Die schmerz- und hustenreizmildernde Wirkung ist stärker als die styptische. Eine Vergiftungsgefahr bei Kindern ist weit geringer als bei Opium.

Boschi und **Gatti** (72) haben die Wirkung des Pantopons bei 45 Kranken untersucht; das Mittel wurde je nach Umständen per os oder subkutan dargereicht. Eine befriedigende, beruhigende und schlafbringende Wirkung übte das Mittel auf 33 Kranke aus, nämlich: 2 Angstanfälle, 4 Depressionszustände, 2 epileptische Äquivalente, 1 epileptischer Schmerzanfall, 1 Fall von Diarrhoë bei Pellagra, 1 Fall von rheumatischen Schmerzen mit Schlaflosigkeit, 1 Fall von schmerzhaftem Fingerabszeß, 1 Leber- und 2 Nierenkoliken, 1 Fall von tabischen Schmerzen, 6 Migränefälle, 1 Fall von Bronchitis, 3 manischen, 1 maniakalischer und 1 seniler Aufregungszustand, 1 hystero-epileptischer Anfall.

Keine Wirkung war bei 2 Angstanfällen, 4 Depressionszuständen, 1 Neurastheniefalle, 1 Fall von schmerzhaften Menses, 1 senilen Aufregungszustand zu konstatieren. Unsichere Resultate wurden zweimal (manische Aufregung, schmerzhafte Menses) erhalten. (*Audenino.*)

Fast allgemein beobachtete **Klausner** (307) nach subkutanen Pantoponinjektionen an oder in der Nähe der Einstichöffnung das Auftreten eines Erythems, das sich in kürzester Zeit fleckenförmig weiter verbreitete. Außerdem kommt es unter mäßigem Juckgefühl entweder an der Einstichstelle oder auch weit davon entfernt zu einer Quaddelbildung, die nach 1—2 Stunden wieder verschwindet.

Singer (534) gibt hier eine kritische Übersicht über die Arbeiten, die mit der Wirkung und Anwendung des Pantopons sich beschäftigen und auch von der Skopolamin-Pantoponnarkose handeln. Die günstige Wirkung als Ersatz des Morphiums selbst bei Entziehungskuren wird allgemein hervorgehoben.

Über die Vorzüge des Pantopons gegenüber dem Morphin berichtet im einzelnen **Martinet** (372). Die größten Vorzüge des Pantopons sind seine vollständige Löslichkeit und Resorbierbarkeit, sowie seine konstante Zusammensetzung aus 50% Morphin, 20% Narkotin, 2% Kodein und Papaverin und 1% Thebain und Narcein. Seine Anwendung ist die gleiche wie die des Morphins. Vielleicht ist die schmerzstillende Wirkung des Morphins bei entsprechenden Dosen etwas stärker, vielleicht wirkt das Morphin etwas rascher, aber auf kürzere Zeit. Dafür reagiert der Digestionstraktus besser auf Pantopon, so daß das immerhin recht häufige Erbrechen nach Morphin nur ganz ausnahmsweise auf Pantopongaben erfolgt. Das sekundäre Unwohlsein tritt unvergleichlich seltener nach Pantoponverordnung auf und fehlt häufig ganz. Die kardiotonische Wirkung des Opiums erscheint deutlich nach Pantopongaben und führt häufig zu einer Blutdruckerhöhung, während



sich nach Morphin im Gegenteil oft eine Blutdrucksenkung bemerkbar macht. Die Wirkung des Pantopons auf Stuhlgang, Atmung und Stimmung ist von der des Morphins nicht wesentlich verschieden, doch ließ sich oft die Beobachtung machen, daß die Patienten auch selbst das Pantopon dem Morphin vorziehen. Da 1 gr Pantopon 0,5 gr Morphin enthält, so muß man das Doppelte der bei Morphin üblichen Dosen geben. (*Misch.*)

Winternitz (628) stellte Versuche mit Opon an, einem neuen morphinfreien Pantopon in Dosen von 0,5—1,0. Es hat einen widerlichen Geschmack und mußte in Oblaten gegeben werden. Gaben von 0,3—0,5 g hatten einen beruhigenden Einfluß, 0,5—1,0 wirkte schlafmachend. Der Schlaf war ohne unangenehme Neben- noch Nachwirkung. Schlechter Geschmack wie das große Volumen der wirksamen Dosen hindern die praktische Verwertung des Mittels. Die Versuche lehrten, daß die vereinigten Nebenalkaloide des Opiums, die man sonst als krampferregende Alkaloide zusamenfaßt, in großen Dosen hypnotischen Effekt haben.

Opon, ein morphinfreies Pantopon, erwies sich **Winternitz** (629) in Dosen von 0,5 günstig bei Kranken mit tabischen Atemkrisen, ohne daß die geringste Atemstörung danach auftrat, während derselbe Patient auf kleine Morphiumdosen, auf Pantopon sowie auf Atropin mit einer typischen Atemstörung reagiert. Es hat nur das Morphium seinen deletären Einfluß auf das Atemzentrum ausgeübt, während die übrigen Opiumalkaloide selbst in sehr großen Dosen keine Atemstörung bewirkten und die Erregbarkeit des Atemzentrums nicht herabsetzen. Wie Morphium kann auch Pantopon gelegentlich bei tabischen und nichttabischen Kranken Erbrechen und Respirationsstörungen verursachen. Doch ist die Gefahr bei Pantopon geringer als bei Morphium, das bei respiratorischen Störungen der Tabiker besser gemieden wird.

Barth (29) sah bei der Anwendung des mekonsauren Morphins bei Fröschen eine deutliche Wirkung der Mekonsäurekomponente; es dürfte auch beim Warmblüter die Mekonsäure eine Wirkung haben und bei Präparaten wie Narkophin (mekonsaures Morphin-Narkotin) berücksichtigt werden müssen. Die eben wirksame tödliche Gabe ist bei dem Pantopon um das Mehrfache kleiner als die des Morphins; bei dem Pantopon tritt die Wirkung auf die Reflexsphäre stärker hervor und dauert länger als bei dem Morphin. Die Art der Applikation bei schwer resorbierbaren Substanzen ist mit Rücksicht auf die Größe der resorbierenden Flächen bei subkutaner Anwendung von großer Wichtigkeit.

Stierlin und **Schapiro** (547) suchten die stopfende Wirkung der Opiale festzustellen; dieselbe kann nicht in allen Fällen in der Herabsetzung der Magendünndarmmotilität ihre genügende Erklärung finden. Vielmehr scheint die Verzögerung des zentralen Defäkationsreflexes und der dadurch bedingte verlängerte Aufenthalt des Kotes in S. Romanum einen wesentlichen Anteil an dieser Wirkung zu haben.

Von umfangreichen Untersuchungen über kombinierte Wirkungen von Opiumalkaloiden wird von **Faust** (165) berichtet. Es geht daraus hervor, daß zum Zustandekommen der Opiumwirkung nicht alle darin enthaltenen Alkaloide nötig sind, daß vielmehr mit wenigen eine der der Gesamtheit gleiche therapeutische Wirkung erzielt werden kann. Nur das Morphin ist in jedem Falle unentbehrlich, ja die Opiumwirkuug ist im wesentlichen der Morphinwirkung gleich (Schröder). Auch das Pantopon enthält, wie das Opium, z. T. überflüssige Bestandteile. Die Intensität der narkotischen Wirkung des Morphins, d. h. der lähmenden Wirkung auf die sensible Sphäre des Großhirns, wird durch Kombination mit anderen wichtigen Opiumalkaloiden



nicht herabgesetzt, sondern vielmehr meist erhöht. Die lähmende Wirkung des Morphins auf das Atemzentrum kann durch gleichzeitige erregende Wirkung gewisser Opiumalkaloide, besonders des Thebains, erfolgreich bekämpft, zuweilen sogar ganz ausgeschaltet werden, indem das Respirationszentrum durch das Thebain erregt, also dem Morphin entgegengesetzt beeinflußt wird. Das Brechzentrum ist im Gegenteil durch Morphin wie durch Apomorphin erregbar; seine Erregbarkeit wird vielleicht durch gleichzeitige Wirkung anderer Opiumalkaloide herabgesetzt. Narkotin, Narzein und Papaverin haben beim Menschen anscheinend weder allein, noch in Kombination mit anderen Alkaloiden einen Einfluß auf den Tonus und die Entleerung des Magens. (*Misch.*)

Issekutz (275) findet, daß unter den Opiumalkaloiden die, deren Zusammensetzung verschiedenartig ist, nämlich Papaverin, Narkotin und Kodein ihre Wirkung gegenseitig potenzieren, daß dagegen die Wirkungen von Morphin, Kodein, Dionin, Heroin und Thebain sich nur addieren, weil ihre Toxophoren gleichartig sind. (*Misch.*)

Weiter untersucht **Issekutz** (276) die Beziehungen zwischen den Opiumkaloiden und dem Apomorphin. Es ergibt sich, das Morphin in Dosen, die nur eine oberflächliche Narkose machen, und Kodein, Thebain und Heroin in noch geringeren Dosen die Brechwirkung des Apomorphins verhindern. Papaverin verhindert selbst in Narkosendosis nicht das Apomorphinerbrechen, Offenbar handelt es sich um eine elektive Wirkung auf das Brechzentrum, die von der unveränderten Struktur des Morphinkernes abhängig ist. Wieder steigern sich die einzelnen Alkaloide gegenseitig in ihrer Wirkung, so das Morphin und das Cryptopin, das Kodein und das Papaverin, ebenso steigert sich die Wirkung der einzelnen Alkaloide im Pantopon, so daß dies ebenso wirksam wie das Morphin wird. Häufige Gaben von Morphin haben den Effekt, daß immer kleinere Morphindosen die Aufhebung des Apomorphinerbrechens bewirken können. (*Misch.*)

Durch Versuche an Katzen und Mäusen erwies **Straub** (552), daß das Narkotin das Morphin hinsichtlich seiner narkotischen und toxischen Wirkung potenziert; es verändert diese Wirkung gleichzeitig qualitativ, indem es das Atemzentrum weniger narkotisiert und damit die Regulation der Körperventilation mehr intakt erhält. Der praktische Vorzug des Opiums vor dem Morphin dürfte im wesentlichen in seinem Narkotingehalte zu suchen sein.

Untersuchungen **Schmidt**'s (508) mit verschiedenen Morphiumderivaten ergaben, daß im Gegensatz zu der Ansicht von Kobert, Tappeiner, Schmiedeberg die harz-, kautschuk- und gummiartigen Bestandteile des Opiums auch eine, wenn auch nur geringe stopfende Wirkung haben.

Nach **Popper** (459) wirkt Opium und insbesondere Pantopon auf die Ringmuskeln des Darms wie Morphin, auf die Längsmuskelschicht dagegen verlängernd (tonusherabsetzend), ohne die Pendelbewegungen aufzuheben.

Narkophin wird von **v. Stalewski** (541) empfohlen, wo ein chemischer Gebrauch von Morphium erforderlich ist. In Dosen von 0,03 g hatte es gute Wirkung bei verschiedenen schmerzhaften Zuständen ohne schädliche Nebenwirkungen.

Narkophin, ein Doppelsalz: Morphin-Narkotin-Mekonat, das Morphin und Narkotin zu gleichen Teilen enthält, ist im Wasser und Alkohol leicht löslich; es hat nach **Straub** (553) eine sehr günstige sichere Wirkung.

Narkophin bewährte sich nach **Schlimpert** (507) in der Gynäkologie teils als schmerzstillendes Mittel, teils als vorbereitendes Narkotikum in Kombination mit Skopolamin bei Operationen. Die Vorzüge bestehen in der starken narkotischen Wirkung und dem hohen Grad von Analgesie



bei relativ geringer Bewußtseinstrübung, ferner in seiner Ungefährlichkeit hinsichtlich der Beeinflussung der Atmung.

Zehbe (639) gab Narkophin in 3 % Lösung 15—30 Tropfen oder in subkutaner Form 0,03 (1 Spritze). Die Wirkung trat nach 15 Minuten ein bei subkutaner, nach $^3/_4$—1 Stunde bei interner Darreichung. Narkophin wirkt etwas schwächer als Morphium, hat aber nicht die Neben- und unangenehmen Folgeerscheinungen des Morphins.

Philips (450) rät auch, die Ersatzpräparate des Morphins mit Vorsicht zu gebrauchen, da er einen Fall von Gewöhnung an Heroin (Heroinsucht) beobachtet hat.

Trivalin — ein Gemisch von Morphin mit Valeriansäure, Koffeïn, Kokain wirkte nach **Grabi** (218) günstig bei Erregungszuständen Geisteskranker, bei zirkulären Formen, Paralysen. Eminent beruhigend wirkte es in Verbindung mit Trivalin-Hyoszin (in 1 ccm Trivalinlösung 0,0006 g Hyoscin valerianic.; hier genügen Dosen von 0,25—0,5 ccm dieser Mischung).

Trivalin enthält nach **Overlach** (433) in 1 ccm (d. h. einer Normalpravazspritze) 0,01935 Morph. valer., 0,0037 Coffein. valer. und 0,00506 Cocain. valer. Der therapeutische Wert und Effekt des Mittels bietet drei bisher nicht erreichte Momente, und zwar: das Trivalin vereinigt die Schmerzstillung des Morphin mit dem tonisierenden Effekt der in ihm dreimal chemisch rein gebundenen Isovaleriansäure. Es ermöglicht die Einverleibung der Valeriansäure durch subkutane Einspritzung, als Ersatz der Morphinsalze schaltet es deren schwerste und gefürchtetste Nebenwirkungen aus (Magendarmstörungen, Respirations- und Herzstörungen). Dies wird durch den Zusatz von Koffein, Kokain und Valeriansäure erreicht. Es ist bei allen schmerzhaften Zuständen des Organismus anwendbar.

Trivalin in subkutaner Injektion von $^1/_2$ ccm erzeugte nach **Berneker** (49) bei nicht zu heftigen Schmerzen nach $^1/_2$—1 Stunde einen ruhigen Schlaf von 5—6 Stunden; es wirkte prompt analgetisch und sedativ. Der Name wird bei den Kranken mehr Vertrauen erwecken als das Morphin und seine Derivate. Nebenwirkungen fehlten.

Keller (300) erprobte das durch Schlesinger empfohlene Substituens des Morphins, das Modiskop, das aus Morphin, Dionin und Skopolamin besteht, bei organischen schmerzhaften Nervenleiden. Das Mittel wirkte stark schmerzstillend, alterierte weder Herz noch Gefäße und hatte auf das Nervensystem keinerlei schädliche Nachwirkungen; es konnte eine Zeitlang ohne chemische Intoxikationserscheinungen gegeben werden.

Fromme (190) empfiehlt zur Morphiumentziehung 3—8tägige Bettruhe im dunklen Zimmer bei Milchdiät und subkutanen Injektionen von Skopolaminum hydrobromicum. Er gibt $1^1/_2$—1 mg Skopolamin pro dosi bis zu 0,015 pro die. Die Morphinisten vertragen sonst tödliche Skopolamindosen. Schädliche oder gefährliche Nebenwirkungen sah der Verf. bei dieser Behandlungsmethode nicht.

Sachs (498) untersuchte die verschiedene Wirkung des frischen und alten Skopolamins (nach 7 Monaten). In bezug auf die lähmende und tötende Wirkung auf Mäuse zeigten die alten und neuen Lösungen keinen Unterschied.

Dorner (135) gibt bei schwerem Status epilepticus 2—3mal 0,003 Atropinum sulfuricum subkutan in 24 Stunden und sah danach ein Nachlassen der Anfälle und Heben der Herztätigkeit. Auch bei gewöhnlicher Epilepsie mit häufigen Anfällen gibt er Atropin 0,03 : 10,0 3mal täglich 10—20 Tropfen mit gutem Erfolg mit oder ohne Brom.

Weißenberg (616) empfiehlt Atropin, und zwar Sol. Atropin. sulf. 0,01 : 15,0 10—15 Tropfen gegen Ohrensausen.



Berner (50) konnte nachweisen, daß Tinctura Belladonnae und Extract. fluid. Belladonnae die narkotische Wirkung des Morphiums deutlich, wenn auch nur in geringem Grade verstärken. Extract. Hyoscyami steigert die narkotische Wirkung des Morphiums und des Urethans erheblich.

m) Gefäßmittel und andere.

Yohimbin zeigte nach **Pongs** (457) nach anfänglichem Druckabfall immer einen Anstieg des Blutdruckes an, der 1—5 Stunden lang dauert.

Yohimbin wirkt nach **Fritsch** (188) tonisierend auf die organische Muskulatur des uropoetischen Apparates, es kräftigt auch den Blasensphinkter.

Bei Versuchen am Kaninchen findet **Hübner** (268), daß Yohimbin auf die Niere schädlich wirkt. Schon bei mehrere Tage nach einander gegebenen, verhältnismäßig niedrigen Dosen stellt sich innerhalb einer Woche Albuminurie ein. Die histologische Untersuchung zeigt, daß schon vor dem Auftreten der Albuminurie eine Verfettung der Nierenepithelien entsteht, und daß noch 14 Tage nach Aufhören der Yohimbingaben eine solche nachweisbar ist; wahrscheinlich also ist die durch Yohimbin gesetzte Nierenschädigung eine chronische. Verf. mahnt deshalb zu Vorsicht bei der Darreichung des Yohimbins, vor allem aber zu einer ständigen Kontrolle des Urins während derselben. (*Misch.*)

Durch Behandlung mit Spasmosan erzielt **Fränkel** (185a) bei einem Kinde, das fast täglich zehn bis zwölf epileptische Anfälle hat, eine sofortige Besserung, bei Steigerung der Dosen auf dreimal 10 gr pro die sogar eine völlige Heilung der Krämpfe, die bisher neun Monate lang angehalten hat. Es hat sich somit das Spasmosan bei einem Fall von genuiner Epilepsie, bei dem alle Bromdosen versagt hatten, als promptes Heilmittel erwiesen. (*Misch.*)

Einen Überblick der bisherigen Erfahrungen über die schmerz- und krampfaufhebende Wirkung der Lumbalinjektionen von Magnesium sulfuricum geben **Castaigne** und **Gouraud** (97). Sowohl die physiologischen als auch die klinischen Beobachtungen haben jedoch ergeben, daß seine Wirkung auf das motorische System ungleich stärker ist als auf das sensible. Klinisch hat sich gezeigt, daß das lumbal injizierte Magnesiumsulfat ein sehr schlechtes Anästheticum von unsicherer Wirksamkeit und mit zuweilen hervortretenden ungünstigen Nebenwirkungen ist, welches nicht verdient, als Anästhetikum in die Therapie eingeführt zu werden. Dagegen hat es sich als Antispastikum bei verschiedenen Erkrankungen bewährt und kann als solches noch eine Erweiterung seiner Indikationen erfahren. Während bei der Epilepsie die Resultate wenig zufriedenstellend sind, spielt das Magnesiumsulfat bei der Behandlung des Tetanus und der Chorea minor eine recht wirksame Rolle. Immerhin ist die Wirkungsweise beim Tetanus eine rein symptomatische, die weder die Infektion, noch die Intoxikation irgendwie beeinflußt; aber ihre Wirkungskraft übertrifft die aller anderen Narkotika bei der Lösung von Muskelkontrakturen. Man muß demnach darauf zurückgreifen, nicht nur, wenn unmittelbare Lebensgefahr besteht, sondern in allen etwas schwereren Tetanusfällen, ohne natürlich gleichzeitig die Serumtherapie zu vernachlässigen. Auch bei der Chorea ist seine Wirkungsweise rein symptomatisch, kann aber allein schon vollständige Heilung herbeiführen. Leider ist die Behandlung oft von schweren Nebenerscheinungen, wie z. B. starker Atemverlangsamung und Sopor begleitet, die ein rasches Eingreifen unter Umständen erforderlich machen und daher eine ständige Überwachung des Patienten verlangen. Es muß deshalb diese Behandlungsmethode auf ganz schwere Choreafälle beschränkt bleiben, bei denen jede andere Therapie versagt hat, aber sie ist

bei diesen Fällen imstande, Heilung herbeizuführen, während andernfalls nicht selten bei Unterlassung jeder Behandlung die Erkrankung einen letalen Ausgang haben kann. Die bei der Lumbalinjektion angewandten Dosen betragen 1 ccm einer 25prozentigen Lösung pro 25 Pfund Körpergewicht. Als bestes Antidot bei Vergiftungserscheinungen von seiten des Vagus ist $^1/_2$ mg Atropinum sulfuricum, ev. mit Koffein oder Kamfer zu injizieren; ein heroisches Mittel, das allerdings den Nachteil bietet, daß die therapeutische Wirkung gleichzeitig aufgehoben wird, ist die erneute Lumbalpunktion, die mit einer Waschung des Arachnoidalraums durch physiologisches Serum zu verbinden ist. (*Misch.*)

Um die Frage zu entscheiden, ob die beruhigende Wirkung des Kalziums bei der Tetanie peripher oder zentral angreift, untersucht **Yagi** (636) die Wirkung der Kalziumsalze auf verschiedene Arten von Krämpfen am Frosch. Es ergibt sich, daß Kalzium zwar die Strychnin- und Koffeinkrämpfe, nicht aber die Pikrotoxin- und Karbolkrämpfe hemmt; außerdem hebt es die Guanidinzuckung des Muskels auf, die auf einer Reizung der motorischen Nervenendigungen beruht. Aus dem letzteren Umstand schließt Verf., daß der Angriffspunkt des Kalziums in der Peripherie zu suchen ist; daß er in dem Muskel selbst liegt, geht daraus hervor, daß ein Kalziummuskel eine höhere Reizschwelle für indirekte Reizung, sowie eine geringere Hubhöhe zeigt. Das Versagen des Kalziums bei Pikrotoxin- und Karbolkrämpfen erklärt Verf. damit, daß die letzteren Substanzen auf die Krampfzentren in der Medulla oblongata wirken und also eine stärkere, nicht vom Kalzium zu kompensierende Wirkung ausüben als das Strychnin und das Koffein, die auf die niedrigeren Rückenmarksreflexzentren wirken. Auch Curare und Fugugift können die Reflexkrämpfe in analoger Weise aufheben. (*Misch.*)

Auch die von **Issekutz** (276a) untersuchten Wirkungen der Lokalanästhetika steigern sich gegenseitig. Durch die Kombination mit Antipyrin wird die Wirkung von Kokain um 46 %, von Eukain B um 39 % und von Novokain um 19 % vermehrt; Eukain B steigert die Wirkung des Novokains um 32,5 %, bei Kombination von Kokain mit Eukain B oder Novokain dagegen addiert sich die Wirkung lediglich. Alle diese Ergebnisse widerlegen die Lehre Bürgis, daß sich die zu einer pharmakologischen Gruppe gehörigen Medikamente nur addieren und nicht gegenseitig steigern. (*Misch.*)

Burwinkel (83) empfiehlt Nitroglyzerin (Solut. alcohol. Nitroglyzerin (1%) 20,0 Aqu. destill. 150,0) je nach Bedarf einen Eßlöffel gegen Seekrankheit. Auch mit Amylnitrit sollten Versuche angestellt werden. Wie der Verf. annimmt, handelt es sich um einen vasomotorischen Gefäßkrampf und Anämie des Zentralnervensystems bei der Seekrankheit.

Buxton (86) schildert kurz die Veränderungen, welche im Bereich des Nervensystems, des Zirkulations- und Respirationsapparates sowie des Stoffwechsels unter dem Einfluß der Narkose vor sich gehen.

Madden (362) setzt kurz die Bereitung der von ihm zur Rückenmarksanästhesie angewandten Stovain-Lösung, Technik und Erfolge der Injektion auseinander. — Stovain ist ein zuverlässiges Anästhetikum, doch bedarf es bei seinem Gebrauche immer einer gewissen Vorsicht, da es nicht als gänzlich gefahrloses Mittel anzusehen ist.

Aus den am Hunde angestellten Versuchsreihen von **Camus** (91) geht hervor, daß eine wirksame Behandlung des Tetanus einzig und allein mit Tetanus-Heilserum, welches zugleich in dem Lumbalsack intravenös und subkutan injiziert wird, durchgeführt werden kann.

Marchand (365) hat, sich stützend auf die guten Erfolge der Alkalizufuhr im Coma diabeticum, bei einem Fall von schwerer Schwefelsäure-



vergiftung 300 ccm einer Natronkarbonatlösung intravenös injiziert und erzielte hierdurch eine vollkommene Heilung.

Müller (412) sah ein Mal perforans-Geschwür im Laufe einer Thrombophlebitis durch Zink-Perhydrol gut heilen.

Guggenheim (236) konnte erweisen, daß die Wirkung des Mutterkorns und wahrscheinlich auch des Pituglandols nicht die Wirkung einer einzelnen Base, sondern der Kombinationsaffekt verschiedener Amine ist. Die Wirkung des Pituglandols ist pharmakologisch nicht gleichwertig mit der Wirkung des β-Imidazolyläthylamins.

v. Sabatowski (496) stellte durch Untersuchungen am Tier und Mensch fest, daß Hormonal bei intravenöser Einführung größerer Mengen plötzliche Blutdrucksenkung, Ungerinnbarkeit des Blutes, Speichelfluß und eine unbedeutende Beschleunigung der Darmbewegungen hervorruft. — Bei intramuskulärer Injektion lassen sich die geschilderten Erscheinungen kaum wahrnehmen. — Nach den Versuchen am Hunde zu schließen, muß vor intravenöser Einführung größerer Mengen Hormonals bei Menschen gewarnt werden, besonders nach einer Narkose.

n) Injektionstherapie.

Die Totalexstirpation des Ganglion Gasseri ist nach der Auffassung **Dollinger**'s (129) nach wie vor ein nicht unbedenklicher Eingriff. Die Therapie der Trigeminusneuralgie durch die Schlösserschen Injektionen führte schon wiederholt zur Radikalheilung; in anderen Fällen trat ein zeitweiliger palliativer Erfolg ein. Für die Behandlung der Neuralgie im ersten und zweiten Ast wird zunächst die periphere Injektion an der Austrittsstelle ober- und unterhalb des Augenrandes empfohlen und nicht bei der Unwirksamkeit dieser Prozedur die Injektion an die Schädelbasis, wobei eine Schädigung der Augenhöhlennerven nicht immer zu vermeiden ist. Bei dem dritten Ast ist die Injektion am Foramen ovale gefahrloser als die am Foramen mandibulare. Manche Trigeminus-Neuralgie schwindet nach der Extraktion eines kariösen Zahnes. Dollinger hat 43 an schwerer Gesichtsneuralgie leidende Kranke mit Alkoholinjektionen behandelt und fast sämtliche Fälle auch später revidiert. Dem 80%igen Alkohol wurde 1% Novokain und einige Tropfen Adrenalin zugesetzt. Die injizierte Alkoholmenge betrug 1—2 cm^2. Meist wiederholte er die Injektion, wenn in 8 Tagen der Erfolg ausblieb. In seltenen Fällen trat die schmerzhafte Wirkung der Injektion erst nach 3—4 Wochen ein. Bei Rezidiven der Neuralgie nach den Schlösserschen Injektionen erreicht der Schmerz selten die frühere Heftigkeit und wird durch erneute Injektionen ganz kupiert. So wurde in einigen Fällen Heilung ohne Rezidive festgestellt, die länger als ein Jahr dauerten. — Von 14 Fällen mit Resektion der Nerven rezidivierten 13; derartige Erfolge sind mit den Schlösserschen Injektionen, die weniger eingreifend sind, leicht zu erreichen. Die Exstirpation des Ganglion Gasseri soll nur als ultimum refugium angewandt werden.

Hay (252) hat bei einer Reihe von Ischiasfällen die von Lange inaugurierte Methode der intraneuralen Kochsalzinjektion, der etwas β-Eukain zugesetzt wird, geübt und hat mit dieser Therapie gute Resultate erzielt. — Er präzisiert die Technik und Indikationen der Behandlung. — Der Heilerfolg ist nach Ansicht des Verf. in einer rein mechanischen Wirkung auf die Lymphzirkulation des Nerven zu denken.

May (373) untersuchte die Wirkung von 50—100%igen Alkohol-Injektionen bei Katzen durch Injektionen in den rein sensiblen Infraorbitalis, in das Ganglion Gasseri und in die gemischten Nerven (Ischiadikus, Femo-



ralis). Alkohol-Injektionen in dem Stamm eines peripherischen Nerven erzeugen eine mehr oder weniger örtliche Nekrose an der Injektionsstelle, die proximal nicht fortschreitet. Die zu den geschädigten Nerven gehörigen Ganglienzellen zeigen keine besonders stark hervortretenden Schädigungen. Die Regenerationsbedingungen sind für die durch Alkoholinjektionen geschädigten Nerven trotz der starken Bindegewebswucherung besser wie für die einfach durchschnittenen, da sein anatomischer Verlauf gewahrt bleibt. Das Ganglion Gasseri konnte nicht mit einer einzigen Alkoholinjektion durchtränkt und nekrotisch gemacht werden. Der Alkohol nahm seinen Weg zwischen den Hüllen des Ganglions nach dessen proximalen Wurzeln.

Harris (249) hat bei Trigeminus-Neuralgie in einer Reihe von Fällen Alkoholinjektionen direkt in das Ganglion Gasseri gemacht; er erzielte mit dieser Methode günstige Erfolge.

Otto (432) sah bei Neurenairese nach Thiersch von 23 Kranken nur einen rezidiv-frei bleiben; bei 4 Resektionen an der Schädelbasis blieb nur einer, bei Exstirpationen des Ganglion Gassori auch nur einer von zweien rezidiv-frei. Bei den anderen bewies die zweite Operation, daß die erste Exstirpation unvollkommen gewesen war. Die Alkohol-Injektion nach den Vorschriften wurde in 7 Fällen ausgeführt; und es ist bisher (10 Monate lang) kein Rückfall eingetreten. An Nebenwirkungen zeigte sich nur einmal Steifheit und Schmerz beim Kauen.

Nach **Alexander** (1) sind periphere Resektionen des Trigeminus durch Alkohol-Injektionen zu ersetzen. Erst bei der Unwirksamkeit der peripheren Injektion ist diese an der Schädelbasis auszuführen; zur Erlernung dieser Methode sind Versuche an Leichen anzustellen. Eine der Alkoholinjektion vorausgehende Einspritzung einer Novokokainlösung erscheint nicht zweckmäßig wegen der dadurch herbeigeführten Verdünnung des 96prozentigen Alkohols. Im Gegensatz zu Braun tritt Alexander dafür ein, daß man zunächst stets die periphere Alkoholinjektion vornehme und erst an der Basis injiziere, wenn die erstere Methode nicht mehr genügt. Auch am 1. Trigeminusast erzielt man mit der Alkoholmethode gute Resultate durch die völlig ungefährliche Injektion über dem oberen Rand der Augenhöhle an der Stirn. Hierzu eignen sich auch typische Migränefälle, die mit einer neuralgischen Komponente kombiniert sind. Dadurch werden die Migräne-Anfälle viel erträglicher.

Kryński (315) behandelte 23 Fälle von Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen (17 Frauen und 6 Männer). Der Sitz der Neuralgie war in 14 Fällen ein rechtsseitiger, in 9 Fällen ein linksseitiger. Was das Mitbetroffensein der einzelnen Äste anbetrifft, so waren in 2 Fällen die sämtlichen 3 Äste befallen, in 8 Fällen der 2. und 3. Ast, in 3 Fällen der 1. und 3. Ast, in 5 Fällen der 3. Ast, in 4 Fällen der 2. Ast, in einem Falle der 1. Ast. Beiderseitige Neuralgie wurde in keinem Falle beobachtet. Die Krankheitsdauer schwankte zwischen 3 Monaten und 14 Jahren. Die sämtlichen Patienten haben bereits verschiedenartige Behandlungsmethoden durchgemacht (bei zwei von ihnen wurde sogar eine Neurotomie ausgeführt). In den Fällen der Neuralgie des 1. und 2. Astes begann der Verf. von den peripheren Einspritzungen des 80% Alkohols in das Foramen supraorbitale und infraorbitale, ebenfalls peripher (Foramen mentale) wurde bei der Neuralgie des 3. Astes eingespritzt. In den Fällen, wo der Charakter des Schmerzes auf einen tieferen Sitz der Erkrankung und auf das Befallensein des N. mandibularis und N. lingualis hinwies, machte der Verf. eine Injektion in das Foramen ovale. Von den 23 Fällen erhielt der Verf. eine absolute Heilung in 21 Fällen (98,3%), und zwar in 8 Fällen



nach einer Injektion, in 8 Fällen nach zwei, und in 5 Fällen nach 3 Injektionen. In 2 Fällen war der Erfolg negativ. Zusammenfassend betrachtet der Verf. die Alkoholinjektionen als eine wertvolle Bereicherung der Behandlung der Trigeminusneuralgie. Die Methode ist absolut unschädlich und ist als solche an die erste Stelle der radikalen therapeutischen Eingriffe zu stellen. Die Behandlung muß man von den peripheren Einspritzungen (Foramen supraorbitale, infraorbitale, mentale) beginnen, und erst bei Erfolglosigkeit derselben kann man zu den tieferen Injektionen (Foramen rotundum, ovale) übergehen. Die Resektion des Ganglion Gasseri kann bloß als ein ultimum refugium betrachtet werden.

(*Sterling.*)

Sicard (525) gibt hier eine kurze Abhandlung über die essentielle Gesichtsneuralgie und ihre Behandlung. Jede essentielle Trigeminusneuralgie, die auf Anwendung der antineuralgischen inneren Mittel und der physikalischen Heilmethoden nicht zurückgeht, ist nach den neurolytischen Injektionen zu behandeln. Doch hat die Chirurgie ihren Einfluß auf den Stamm und die Äste des Trigeminus bei der Trigeminusneuralgie verloren, und nur die zentralen Teile (Ganglion Gasseri und dessen Wurzel) sind chirurgisch in Angriff zu nehmen. Rezidive können nach 1—1½ Jahr auftreten. Je ausgeprägter die Anästhesie in dem Gebiete des injizierten Teiles des Nerven ist, um so nachhaltiger bleibt die kalmierende Wirkung. Es sind Heilungen von 4—5jähriger Dauer nach peripherer Injektion der Nervenstämme beobachtet.

Struycken (558) legt bei Trigeminusneuralgie den 2. Ast unter Eröffnung das Antrum von der Mundhöhle her frei, verfolgt ihn bis zum Foramen rotundum und nimmt durch das Foramen hindurch die Alkoholeinspritzung direkt in das Ganglion Gasseri vor.

Hydrotherapie und Balneotherapie.

Ref.: Dr. Alfred Fürstenberg-Berlin, Assistenzarzt am Hydrotherapeutischen Institut der Universität und Dr. Ernst Jolowicz-Dresden-Hellerau.

1. Applegate, C. F., Hydrotherapy in Treatment of Mental and Nervous Diseases. Journal of Jowa State Med. Soc. Febr.
2. Armbrust, G., O tratamento physio-dietetico da neurasthenia. Brazil Medico. Sept. 22.
3. Armstrong, Wm., The Spa Treatment of Neuritis. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Balneological and Climatological Section. p. 21. u. The Lancet. I. p. 1191.
4. Austin, A. E., Cold-Water Cure for Nervous Dyspepsia. Boston Med. and Surg. Journal. May 16.
5. Berliner, B., und Müller, F., Beiträge zur Physiologie der Klimawirkungen. II. Vergleichende meteorologische Beobachtungen am Strande und an der Binnenseite des Dünenwaldes in einem Ostseebade. Zeitschr. f. Balneologie. 4. 551.
6. Bickel, A., Physiologische Untersuchungen zur Bäderwirkung auf den Kreislauf. Medizin. Klinik. No. 24. p. 993.
7. Bieling, Winterkuren und Wintersport in der Behandlung neurasthenischer Zustände. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1960.
8. Bühler, A., Das Sprudelbad von Weber. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 33. p. 1260.
9. Buxbaum, B., Über Kohlensäurebäder. Wiener mediz. Wochenschr. No. 41—42. p. 2672. 2764.
10. Derselbe, Zur Therapie von Neuralgien mit Radium. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. XVI. H. 5. p. 257.



11. Chuiton et Aubineau, Succès de la radiothérapie et de la radiumthérapie dans un cas de „maladie de Mikulicz". Arch. d'électr. méd. 20. 406.
12. Dalmady, Z. v., Bermerkung zur hydrotherapeutischen Hautreaktion. Orvosi Hetilap. 53. 1096.
13. Dammann, Ozofluinbäder bei Nervenkrankheiten. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 27. p. 313.
14. Determann, H., Hydrotherapie, Aerotherapie und Höhenklimabehandlung im Kindesalter. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 16. H. 1—2. p. 4. 71.
15. Derselbe, Ein handliches Kopflichtbad. Medizin. Klinik. No. 25. p. 1030.
16. Dornblüth, Über Schädigungen durch gewaltsame Kuren. Zeitschr. f. Balneologie. 4. 564.
17. Dreuw, Hydrovibration. Allg. Mediz. Central-Ztg. No. 50. p. 651.
18. Dutoit, A., Die physikalische Therapie des Morbus Basedowii. Monatsschr. f. prakt. Wasserheilk. No. 11. p. 241.
19. Erb, W., Winterkuren im Hochgebirge. Eine klimatotherapeutische Studie. Leipzig. Otto Nemnich.
20. Eulenburg, Die Einwirkung der Seeklimate auf das Nervensystem. Zeitschr. f. Balneologie. No. 12. p. 334.
21. Feiler, Über eine neue Behandlungsmethode von Strumen und des Morbus Basedowi. Wiener klin. Wochenschr. p. 1853. **(Sitzungsbericht.)**
22. Frankenhäuser, F., Technik und Indikationen der kohlensäure- und sauerstoffhaltigen Bäder. Fortbildungsvortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 3. p. 97.
23. Freyther, Karl, Ueber die Wirkung der Ozetbäder bei Tieren. Inaug.-Dissert. Giessen.
24. Friedlaender, R., Über Thermomassage. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 16. H. 9. p. 533.
25. Gatti, Über den Einfluss des Klimas der Riviera auf die Psyche und dessen Rückwirkung auf organische und funktionelle Krankheiten. Zeitschr. f. Balneologie. No. 18. p. 536.
26. Glax, J., Erregende Umschläge und Einpackungen mit Seewasser. Wiener mediz. Wochenschr. No. 41. p. 2671.
27. Gottlieb, Mitteilungen über die ersten therapeutischen Versuche und Erfolge mit den Joachimstaler radioaktiven Wässern. Arch. f. physikal. Medizin. Bd. VII. H. 2. p. 95.
28. Gruber, Georg B., Über Hygiene und Prophylaxe des Bergsteigens. Zeitschr. f. Balneologie. No. 9. p. 247.
29. Guthmann, A., Die Nachkur an der See. Allg. Med. Central-Zeitung. No. 31. p. 403.
30. Derselbe, Die Technik des kalten Seebadens. Zeitschr. f. Krankenpflege. No. 7.
31. Haberling, W., Sonnenbäder. Veröffentl. aus dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens, Heft 50. Berlin. A. Hirschwald.
32. Harris, J. Delpratt, Ultra-violet Light in the Treatment of Alopecia. The Lancet. II. p. 25.
33. Hayes, Reginald, Treatment of Syphilis of the Nervous System by Aachen Methods. The Practitioner. Vol. 89. No. 1. p. 108.
34. Heitz, Jean, Traitement des états basedowiens par les bains carbogazeux de Royat. Paris médical. No. 22. p. 529.
35. Helwig, O., und Müller, Franz, Beiträge zur Physiologie der Klimawirkungen. Die Wirkung des Ostseeklimas in physiologischer Hinsicht. Veröffentl. d. Zentralstelle f. Balneologie. Heft XI.
36. Hirschfeld, Einige Versuche über die Beeinflussung der Gefässreflexe durch kohlensäurehaltige Bäder. Zeitschr. f. Balneologie. No. 13. p. 382.
37. Derselbe, Die Wirkung kohlensäurehaltiger Bäder auf die Blutverteilung. ibidem. p. 368.
38. Hovorka, Oskar. v., Über das Bedürfnis nach einer modernen Systematik der allgemeinen und physikalischen Therapie. Wiener mediz. Wochenschr. No. 41. p. 2678.
39. Ivanoff, W., Die Dauerkopfkühlung als therapeutischer Faktor. Zentralbl. f. die ges. Therapie. April. p. 169.
40. Jakob, Ist die Wirkung der Kohlensäure im Bade eine physikalische (thermische) oder chemische? Allg. Wiener Medizin.-Ztg. No. 52. p. 565.
41. Kisch, Heinrich, Das psychologische Moment in der Hydrotherapie und Balneotherapie. Wiener mediz. Wochenschr. No. 41. p. 2668.
42. Kleeberg, Ernst, Experimentelle Studien über die Wirkung kohlensaurer Bäder bei Tieren. Inaug.-Dissert. Giessen.
43. Koppe, Ueber Luft- und Sonnenbäder. St. Petersburger Mediz. Zeitschr. p. 346. **(Sitzungsbericht.)**
44. Kraus, Sportübertreibungen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1958.
45. Laqueur, A., Die Anwendung des Wasserheilverfahrens bei den verschiedenen Formen von Lähmungen im Kindesalter. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Vd. V. H. 4. p. 281.



46. Derselbe, Physikalische Therapie. **Sammelreferate.** Medizin. Klinik. No. 17. p. 703. No. 46. p. 1880.
47. Lazarus, Paul, Blutanreicherung mit Radiumemanation und Messmethode. Berl. klin. Wochenschr. No. 25.
48. Derselbe, Radiumemanation und Brunnengeist. Medizin. Klinik. No. 28.
49. Ledoux-Lebard, La radiothérapie dans la maladie de Basedow. Arch. d'électr. méd. **20.** 248.
50. Lenkei, W. D., Die in balneologischer Hinsicht nötigen meteorologischen Beobachtungen. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 16. H. 10. p. 600.
51. Loebl, Aus meiner hydriatischen Werkstatt. Wiener klin. Wochenschr. p. 1854. **(Sitzungsbericht.)**
52. Mougeot, A., Un nouveau procédé balnéothérapique; le bain hydro-aérique. Le Progrès médical. No. 11. p. 136.
53. Nenadovics, L., Bäderregulator, eine neue Vorrichtung zur direkten und indirekten Erwärmung und Abkühlung des Kohlensäurebades. Medizin. Klinik. No. 38. p. 1545.
54. Derselbe, Über die Beeinflussung des Reizleitungssystems des Herzens durch das natürliche Kohlensäurebad mit indirekter Abkühlung. Verh. d. Dtsch. Kongr. f. innere Medizin. XXIX. Kongress. Wiesbaden. p. 461. u. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 39.
55. Pagenstecher, Alexander, Medizinische Bäder vor 100 Jahren. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 16. H. 6. p. 366.
56. Palotay, A., Die Bedeutung des Kniereflexes in der thermalen Balneotherapie. Budapesti Orvosi Ujság. **10.** No. 24. p. 339.
57. Pártos, Einiges über Schädigungen durch forcierte Schwefelthermalkuren. Zeitschr. f. Balneologie. **5.** 171.
58. Peltzer, M., Improvisation von Heissluftbädern im Zimmer. Fortschritte der Medizin. No. 30.
59. Derselbe, Die Bier-Eschbaumsche Heissluft-Dusche für das Ohr und zur lokalen Behandlung von Neuralgien. ibidem. No. 32. p. 1007.
60. Pollack, W., Lichtluftbäder. Reinerz.
61. Porosz, Moriz, Die sexuelle Neurasthenie. (Lokalbehandlung und Balneotherapie.) Zeitschr. f. Urologie. Bd. VI. N. p. 24.
62. Pototzky, Carl, Zur Hydrotherapie der nervösen Schlaflosigkeit. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 16. H. 7. p. 416.
63. Raimann, E., Die Bedeutung der Hydrotherapie in ihrer Anwendung auf die Neurologie und Psychiatrie. Wiener klin. Wochenschr. p. 1853. **(Sitzungsbericht.)**
64. Rosenberg, Ernst, Fango aus der deutschen Eifel. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 19.
65. Roth, E., Zur Geschichte der balsamischen Bäder. (Nach historischen Quellen.) Zeitschrift f. Krankenpflege. Mai. p. 133.
66. Rothschuh, E., Blutdruckmessungen bei Thermalbädern und Thermal-Duschemassage. Medizin. Klinik. No. 32. p. 1314.
67. Derselbe, Über einige weniger beachtete Indikationen der Aachener Quellen. Zeitschr. f. Balneol. No. 2.
68. Schrötter, von, Bemerkungen zur Physiologie und Therapie der Lichtwirkung. ibidem. V. Jahrg. No. 1—2. p. 8. 46.
69. Schulhof, W., Die Radioaktivität vom Standpunkt der Balneologie betrachtet. Klinikai Füzetek. **22.** 81.
70. Senator, Max, Ueber Liegekurschiffe und Liegekuren auf See. Berl. klin. Wochenschr. No. 32. p. 1524.
71. Sommer, E., Über technische Neuerungen an Radium-Emanationsbädern. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 32. p. 1222.
72. Strasser, Alois, Grundlagen der Hydrotherapie der inneren Krankheiten. Prager Mediz. Wochenschr. No. 22. p. 276.
73. Derselbe, Die physiologischen Grundlagen der Hydrotherapie. Zeitschr. f. Balneologie. No. 16. p. 468.
74. Vassilidès, D. aus dem Französischen übersetzt von Dr. Adolf Schnée. Über eine selbständige Pseudomyelitis und ihre Behandlung. Arch. f. physikal. Medizin. Bd. VII. H. 2. p. 108.
75. Weiss, Karl, Die physikalische Therapie tabischer Symptome. Medizin. Klinik. No. 15. p. 619.
76. Wetchy, Josef, Ein neues elektrisches Wasserbad (Fünfzellenbad). Wiener mediz. Wochenschr. No. 15. p. 981.
77. Winckler, Axel, Über Fussbäder. Aerztliche Rundschau. No. 51. p. 601.
78. Winternitz, Wilhelm, Altersgrenzen für Kaltwasserkuren. Wiener klin. Wochenschr. p. 1813. **(Sitzungsbericht.)**
79. Derselbe, Zur physikalischen Behandlung der „Bleichsucht“ (Chlorose). Zeitschr. f. Balneologie. No. 14.



80. Derselbe, Anpassung und Gewöhnung an intensive thermische Reize. ibidem. No. 17. p. 497.
81. Witzky, „Ein neues elektrisches Wasserbad". Wiener Med. Wochenschr. p. 981.
82. Woringer, E., Die Behandlung der Darmneurosen und des chronischen Darmkatarrhs. Monatschr. f. prakt. Wasserheilk. No. 4. p. 73.
83. Zanietowski, Die Systemisation der balneotherapeutischen Mittel. Wiener klin. Wochenschr. p. 1854. (Sitzungsbericht.)
84. Zuntz, N., Beiträge zur Physiologie der Klimawirkungen. I. Allgemeine Gesichtspunkte. Zeitschr. f. Balneologie. 4. 523.

Lazarus (48) wendet sich gegen die Auffassung, daß durch die Entdeckung der Radiumemanation das allein wirksame Agens der Brunnen, also der Brunnengeist gefunden ist. Die Wildbäder Ragaz und Krapania-Teplitz haben z. B. einen Emanationgehalt etwa wie das Wiener Tagwasser. Hofgastein bezog sein Wasser bis vor kurzem aus Wildbad durch eine Leitung, in der alle Emanation verloren gehen mußte, ohne daß dadurch die Wirksamkeit der Wässer abgeschwächt wurde.

Der therapeutische Wert starker Radiumbäder ist nicht anzuzweifeln, wobei die Hauptwirkung der direkten Strahlenwirkung zukommt. Die künstlichen Bäder haben einen viel zu geringen Gehalt an Emanation, um überhaupt therapeutisch wirksam zu sein. Nicht der Gehalt an Emanation allein kann die Wirkung der Quellen bedingen, da erstens gerade die berühmtesten Heilquellen nur Spuren von Emanation enthalten, zweitens der Heilwert der Quellen nicht proportional dem Emanationsgehalt ist. Nur bei wenigen Quellwässern mit hohem Emanationsgehalt ist ein Teil der Wirkung auf die Radioaktivität zu beziehen.

Sodann macht Lazarus sehr schwerwiegende Einwände gegen das 2 M. E. Emanatorium, dessen Grundlagen er für unrichtig hält. Die Zukunft der Radiumtherapie sieht Lazarus in der hohen Dosierung. Die Wirkung der Brunnenbäder in eine zusammengesetzte, bei der die Emanation höchstens eine Teilwirkung entfaltet.

Gottlieb (27) hat die ersten therapeutischen Versuche nach der Entdeckung des Radiumgehalts der Pechblende in Joachimsthal mit den stark radioaktiven Wässern unter sehr primitiven Verhältnissen ausgeführt. Er hat in den ersten sechs Jahren bis zur Einrichtung eines geordneten Kurbetriebes 1156 Patienten behandelt, die an verschiedenen nervösen und Stoffwechselerkrankungen litten. In ca. 65 % der Fälle trat eine Reaktion mit Steigerung der Krankheitserscheinungen ein. Die Wässer wurden in der ersten Zeit nur zu Badeprozeduren verwandt. Sehr oft konnte bei den verschiedensten Krankheiten eine heilende oder wenigstens bessernde Wirkung der radioaktiven Bäder beobachtet werden. Besonders erwähnt werden die guten Erfolge bei epidemischer Poliomyelitis.

Nachdem sich **Schulhof** (69) mit der therapeutischen Anwendung des Phänomens der Radioaktivität, insbesondere der Radiumemanation befaßt und die physiologischen Grundlagen derselben bespricht, weist er auf jene Wendung der balneologischen Auffassung hin, welche mit dem Bekanntwerden der Radioaktivität verschiedener Quellen (speziell Akratothermen) und Quellprodukten parallel ging. Nach klinischer Besprechung der einzelnen Anwendungsmethoden der Radiumemanation und ihrer Resultate wird konstatiert, daß die Badebehandlung einen Teil ihrer Wirksamkeit bei gewissen Fällen zweifellos der gleichzeitigen Emanationswirkung zu verdanken hat, doch wäre es ein großer Fehler, die übrigen chemischen und physikalischen Agentien, und sogar außerhalb der letzteren stehenden Umstände, die bei einer Kur in einem Badeort mitwirken, gering zu schätzen.



Über jene Emanationsquantitäten, die bei einer Badekur in Betracht kommen, gibt nach Ansicht des Autors die Angabe des Emanationsgehaltes der Quelle pro Liter keinesfalls eine ganz genügende Aufklärung. Auf diesen Umstand hat schon Tripold bei Vergleich eines Gasteiner Wannenbades und der Villacher Piszine hingewiesen, und Autor führt einen ähnlichen Beweis an den Verhältnissen in Bad Héviz. Er legt nicht nur darauf Gewicht, daß in dem natürlichen Bassinbade in Héviz sehr große Wassermengen in Betracht kommen, daß denselben große Quantitäten hochaktiver Gase entströmen, welche der Patient während der Badekur inhaliert, und daß die Aktion der dem Körper anhaftenden induzierten Aktivität durch Einpackung des noch nassen Körpers in emanationshaltigen Räumen gesteigert wird, sondern er betont den Umstand, daß die Patienten an Kurorten, deren Quellen radioaktive Gase in großer Menge abgeben, und die keinen starken Luftbewegungen ausgesetzt sind, sich den ganzen Tag in einer Luft aufhalten, deren Radioaktivität viel größer ist, als an ihren sonstigen Wohnorten, und daß also schon der Aufenthalt selbst an solchen Kurorten einer Emanationskur entspricht, was nicht ohne Bedeutung sein kann.

(*Hudovernig.*)

Sommer (71) empfiehlt, um eine möglichst rasche und vollständige Austreibung der Emanation aus dem Radiumemanationsbad zu ermöglichen und damit die direkte Hautwirkung und die respiratorische Wirkung des Bades zu verstärken, die Anwendung eines Perlbades, bei dem atmosphärische Luft oder Sauerstoff, also respirable Gase, die an sich keine differente Wirkung entfalten, in feinen Bläschen im Bade aufsteigen.

Lazarus (47) wendet sich in ausführlichen Darlegungen gegen die Befunde von Gudzent-Marckwald über Blutanreicherung im 2 M. E. Emanatorium. Dieselben Wirkungen können mit jeder anderen Inhalations-Trink- oder Injektionsmethode erreicht werden. Gegen die Meßmethodik und die Art der Blutentnahme von Gudzent-Marckwald erhebt Lazarus schwere Bedenken. Abgesehen davon aber sind nach seiner Meinung so kleine Emanationsdosen therapeutisch wertlos.

Witzky (81) hat ein elektrisches Fünf-Zellenbad erfunden, bei dem sich Stromstärken von 200—250 M.Amp. erreichen und die Bäder infolge der geringen Stromdichte bis auf eine Stunde ausdehnen lassen. Es kann zentrifugal und zentripedal galvanisiert und auch Teilbehandlung durchgeführt werden. Die Vorteile sind in einer Herabsetzung des Stromwiderstandes und in einer Verminderung des Hautreizes zu suchen. Günstige Resultate wurden erzielt bei Diabetes, Tabes, Myelitis, Sklerosis multiplex, Neuralgie V., Ischias, Neurasthenie usw.

Winternitz (79) erinnert daran, daß seine Hilfsärzte Strasser und Wertheimer schon 1893 eine Zunahme des Hämoglobingehaltes und eine Vermehrung der roten Blutkörperchen, sowie des spezifischen Gewichts des Blutes nach allgemeinen kalten Prozeduren fanden. Es handelt sich dabei nicht um eine Neubildung der Elemente; er nimmt vielmehr an, daß präformierte Blutelemente durch die Besserung der Zirkulationsbedingungen in die Blutbahn gelangen. Bei methodischer Wiederholung wird der zunächst temporäre Effekt ein dauernder. Winternitz spricht sich schließlich für die Bevorzugung der natürlichen Arsenwässer (Dürkheimer Maxquelle) vor dem Natriumkakodylat aus.

Gatti (25) führt aus, daß der Riviera vermöge ihrer Schönheiten und ihres milden Klimas die günstigsten Einflüsse auf die Psyche zuzusprechen sind. Den organischen Krankheiten kommt immer auch eine psychische Komponente zu, die nie zu vernachlässigen ist. Besonders bei Zirkulations-



störungen und beim Diabetes stellt die psychische Alteration einen sehr wesentlichen Faktor dar. Die Bedingungen für günstige psychische Beeinflussung sind an der Riviera, wenn der Arzt tüchtig ist, besonders günstig.

Glax (26) verwendet seit 25 Jahren zu Packungen und erregenden Umschlägen das Seewasser der Adria, das einer 3—4 prozentigen Soole entspricht. Ganzpackungen mit Seewasser dürften höher bewertet werden als Packungen mit Süßwasser. Die beruhigende und leicht schlafmachende Wirkung bei Neurasthenie, Depression usw., aber auch bei rheumatischen Affektionen sei erheblich.

Schrötter (68) berichtet über seine Untersuchungen gelegentlich der wissenschaftlichen Expedition nach Teneriffa. Er hat Untersuchungen über die Ventilation unter dem Einfluß der Sonnenstrahlung und über Pigmentation und Durchdringung der Haut angestellt. Das Ausbleiben der Pigmentation, die er auf die Wirkung ultravioletter Strahlen auf den Zellkern zurückführt, betrachtet er als ein Stigma der Disposition zur Tuberkulose.

Kisch (41) mißt der psycho-therapeutischen Beeinflussung des Patienten im Kurbad eine große Bedeutung bei. Sorgfältige Untersuchung, genaueste Vorschriften über den Kurgebrauch, das diätetische Verhalten usw., exakte Einhaltung des vorgeschriebenen Kurgebrauches und die Beobachtung der eigenen objektiven Besserung und der Besserung bei Mitpatienten sind wichtige Hilfsfaktoren im Kurbad.

Strasser (73) gibt einen Überblick über die physiologischen Grundlagen der von Winternitz begründeten Hydrotherapie. Die Reize treffen das Nervensystem und durch dessen Vermittelung die Organe. Strasser bespricht den Einfluß der Hydrotherapie auf Blutkreislauf und Blutverteilung, auf Blutdruck und Herzarbeit, auf die Hyperämisierung einzelner Organe und auf das Blut selbst, dann kommt er auf den Einfluß auf den Stoffwechsel, auf die Ausscheidungstätigkeit, sowie auf die Wärmeökonomie zu sprechen. Auf das Nervensystem können hydrotherapeutische Prozeduren bahnend und hemmend wirken (Winternitz). Die Nervenendungen der Haut sind die Angriffspunkte für fast alle Wirkungen der Hydrotherapie.

Strasser (72) kommt nach Besprechung des Einflusses der Hydrotherapie auf die inneren Erkrankungen auch auf ihre Wirkung auf das Nervensystem zu sprechen. Trotzdem der Einfluß thermisch-mechanischer Reize auf das Nervensystem so auffallend ist, überragt die empirische Erfahrung turmhoch die Summe unserer Kenntnisse über die Art der Wirkung auf das erkrankte zentrale oder periphere Nervensystem. Ganz vereinzelte sicherstehende Wirkungen auf bestimmte Nerven sehen wir, wenn wir durch Kältereiz den Vagus treffen und die nervöse Tachykardie, die gesteigerte Peristaltik hemmend beeinflussen, wenn wir vom Hinterhaupte aus und durch reflektorische Wirkung auf das Beckengeflecht die sexuelle Innervation beeinflussen. Sonst liegt noch vieles im Dunkeln.

Palotay (56) beobachtete die Wirkung der Thermen auf die Patellarreflexe und fand, daß bei 58 solchen Kranken, die vor der Benützung der Thermen normale Kniereflexe hatten, keine Veränderung der Reflexe zu beobachten war. Unter 87 solchen Kranken, die gesteigerte Kniereflexe hatten auf Grund einer erworbenen Neurasthenie, blieb der Kniereflex unverändert bei 61, bei 22 konnte eine Herabsetzung, bei 4 eine Steigerung der Reflexe festgestellt werden. An der Hand seiner Untersuchungen glaubt Verf. annehmen zu können, daß eine Wirkung der Thermen auf das Nervensystem ohne Zweifel ist, weshalb in einem jeden Falle der Kniereflex



vor einer jeden thermalen Therapie genau untersucht werden soll, und daß eine krasse pathologische Veränderung (Fehlen oder Spastizität) des Kniereflexes eine Kontraindikation der thermalen Bäder sei. (*Hudovernig.*)

Nach **v. Dalmady** (12) bedeutet das schnelle Rotwerden der Haut nach wiederholten Kälteeinwirkungen nicht eine vollkommenere Funktion der Blutgefäße, auch nicht eine Veränderung der Blutverteilung und führt somit nicht zu dem hypothetischen Zweck der Abhärtungskuren. Wenn es eine Abhärtung und abhärtende Kur gibt, so besteht ihr Wesen in der Gewöhnung der Haut an die Kälte und in der Steigerung der Wärmeproduktionsfähigkeit. (*Hudovernig.*)

Gruber (28) bespricht eingehend und mit großer Sachkenntnis zunächst die Ausrüstung des Bergsteigers, die den besonderen Anforderungen angepaßt sein muß, die durch die veränderten und oft unvorhergesehen wechselnden klimatischen Verhältnisse gestellt sind.

Als zu Bergtouren geeignet bezeichnet Gruber alle, die etwa auch den Anforderungen des militärischen Dienstes genügen. Untauglich sind Menschen mit organischen oder in Anfällen sich kundgebenden Erkrankungen des Nervensystems. Dagegen schließen selbst schwere Verkrüppelungen nicht absolut die Eignung zum Bergsteigen aus. Die Notwendigkeit des Trainings wird betont und technische Fragen eingehend besprochen.

Alkoholgenuß während der Tour ist verboten, da nach Untersuchungen von Durig der Energiezuwachs für die Muskelarbeit aufgehoben wird durch eine Verschlechterung der Arbeitsleistung. Nach Genuß von Alkohol fällt der Bergsteiger in einen Zustand geringerer Übung zurück.

Bei der Bergkrankheit, die bei entsprechender individueller Disposition durch den geringen Sauerstoff-Partialdruck in größeren Höhen ausgelöst wird, kommen die verschiedensten Erscheinungsformen körperlicher und psychischer Art zur Beobachtung, unter denen die große Indolenz der Patienten den Gefahren des Weges gegenüber besonders gefährlich ist. Der Bergkranke ist dispositionsunfähig. Möglichst schleunige Rückkehr in Talregionen ist das einzig wirksame Mittel.

Nach **Woringer** (82) ist die Unterscheidung eines chronischen Darmkatarrhs von einer Darmneurose selbst unter Berücksichtigung der Stuhlbeschaffenheit (Schleimabsonderung) häufig sehr erschwert. Die Fälle von Darmkatarrh sollen einer strengen diätetischen, die Darmneurosen einer mehr psychischen Behandlung unterzogen werden. Die nervösen Diarrhöen beruhen meist auf den Kranken wohl bekannten Idiosynkrasien. Die nervösen Stuhlverstopfungen gehen meist mit spastischen Zuständen des Darmes einher und werden mit hydropathischen Umschlägen und krampflösenden Mitteln (Opium, Morphium) bekämpft. Ein weiteres Krankheitsbild dieses Gebietes ist die peristaltische Unruhe des Darmes. Die Goldhammerpillen haben in derartigen Fällen sowie bei Obstipationen gute Erfolge gezeitigt.

Winckler (77) gibt einen Überblick über die Anwendung kalter, lauer, warmer und heißer Fußbäder, die im wesentlichen zur Ableitung des Blutes von der oberen Körperhälfte verwendet werden. Heiße Fußbäder wirken hyperämisierend auf das Gehirn und seine Häute, so daß ihre Anwendung bei nervösem plethorischem Kopfschmerz kontraindiziert ist. Starke Wirkung haben hyperthermale Fußbäder auf die Herzaktion, die Steigerung der peripheren Zirkulation und die Wärmeverteilung im ganzen Organismus. Im Gehirn kommt es dabei zunächst zu einer kongestiven, dann zu einer anämisierenden Wirkung, die mit Schwindel, Ohnmachtsanwandlung, Erbrechen einhergehen kann.



Pollack (60) gibt einen Überblick über die Wirkung der Sonnenbäder und der Licht-Luftbäder auf den gesamten Organismus und die einzelnen Organe. Er weist auf die große hygienische, prophylaktische und therapeutische Bedeutung der Luftbäder hin.

Die verschiedenen gewaltsamen Kuren machen, wie **Dornblüth** (16) hervorhebt, immer aus Menschen, die in den meisten Fällen durch richtige Lebensweise und angemessene Ernährung völlig gesund werden könnten, chronisch Kranke entweder mit erheblicher Nervosität, die unter dem Einfluß schwächender Eingriffe nicht selten zu hysterischen Krämpfen oder zu psychotischen Zuständen führen kann, oder mit körperlichen Störungen, besonders der Verdauungs- und Kreislauforgane.

Kalte Seebäder sollen, wie **Guthmann** (30) sagt, nach vorangegangenem leichten Frühstück erst nach 10 Uhr vormittags, wenn die Sonne wärmt, genommen werden. Vor dem Hineingehen ins Wasser kühlt man sich im Schatten ab. Die Dauer des Seebades soll zwischen einigen Minuten und ¹/₄ Stunde schwanken.

Guthmann (29) führt als Hauptwirkung der bevorzugten Klimata, See, Gebirge, Wüste eine Anregung des Stoffwechsels an. Seebäder haben nur eine Steigung der Wirkung des Seeklimas zur Folge. Zur Ergänzung von Brunnenkuren sind Kuren an der See besonders geeignet.

Peltzer (59) empfiehlt nach Erfahrung am eigenen Körper die Heißluftdusche zur lokalen Behandlung von Ohrenerkrankungen.

Senator (70) spricht sich gegen die Einrichtung von schwimmenden Sanatorien aus. Als Hauptgegengründe führt er die Seekrankheit vieler Patienten, die Abhängigkeit vom Wetter, die Eintönigkeit der Umgebung und die unerschwinglichen Betriebskosten an. Liegekurschiffe sind in Boston und in Zoppot eingerichtet; sie gehen nur auf einige Stunden täglich auf See. Dadurch sind die Kosten sehr erheblich verringert und derartige Institute deshalb zu empfehlen. Es eignen sich aber infolge der klimatischen Verhältnisse nur sehr wenig Plätze für solche Fahrten.

Weiß (75) bringt eine Zusammenstellung der physikalischen Behandlung der Tabes. Gegen die Ataxie empfiehlt er die Frenkelsche Übungstherapie, gegen die Hypotonie Stützapparate, gegen die anderen Symptome die üblichen hydriatischen und elektrischen Behandlungsarten.

Roth (65) führt an, daß schon im Altertum häufig Kräuter-Öl-Sandbäder verwendet wurden, ebenso im Mittelalter, ohne daß nähere Angaben über die Indikationen zu finden sind. In der Neuzeit werden hauptsächlich Kiefer- und Fichtennadelextrakte, sowie aromatische Kräuter zu den Bädern verwendet. Einen großen Aufschwung nahm die Therapie der aromatischen Bäder durch die Herstellung fertiger Essenzen, die den Bädern zugesetzt werden.

Porosz (61) glaubt die Ursache der meisten Fälle der sexuellen Neurasthenie in einer Atonie der Prostata gefunden zu haben, die zu einer Erschlaffung des sphincter vesicae und des von ihm bedeckten sphincter spermaticus führt. Die Tonisierung der Prostata mit faradischen Strömen führt meist zur Heilung. Allgemeine hydriatische Prozeduren können nur eine Hilfsrolle in der Therapie spielen.

Rotschuh (67) spricht über einige Indikationen der Aachener Quellen, die wieder mehr zur Geltung kommen, nachdem die Salvarsanbehandlung einen Teil der Luetiker der Behandlung in Aachen entzogen hat. Dazu gehören manche Augenleiden, besonders rheumatische, chronische rezidivierende Iritis und Augenmuskellähmungen. Der Kochsalzgehalt der Aachener Quellen macht sie auch zur Behandlung der Skrofulose geeignet. Auch



Frauenkrankheiten, besonders der hartnäckige Pruritus vulvae und der nervöse Vaginismus, aber auch Adnexerkrankungen, Para-Perimetritiden sind der Thermalbehandlung zugänglich.

Pagenstecher (55) veröffentlicht Notizen aus den Papieren seines Großvaters.

1. Ein Bad mit Salzsäure und Salpetersäurezusatz wurde gegen syphilitische Erkrankungen und Gallenleberleiden empfohlen.

2. Ein Schwefeldampfbad wird beschrieben, das im wesentlichen unseren heutigen Kastenbädern entsprechend eingerichtet ist.

Peltzer (58) improvisiert Heißluftbäder mit Hilfe eines Küchenstuhles, unter den er ein Kuchenblech nagelt und eine Spiritusflamme setzt. Er hüllt sich mit einer wollenen Decke vom Halse bis zum Fußboden ein, so daß die ganze Hitze der Flamme am Körper zur Wirkung kommt.

Friedländer (24) übt die Massage mit einer Hand aus, während die andere gleichzeitig den Föhnapparat auf den zu beeinflussenden Körperteil lenkt. Die Resultate der Thermomassage sollen besonders bei Gelenkaffektionen, Neuralgien usw. günstige sein.

von Hovorka (38) macht den Versuch, alle therapeutischen Maßnahmen systematisch nach Kräften und nach Stoffen einzuteilen. Er stellt die Psychotherapie der Somatotherapie entgegen, der Pharmakotherapie die arzneilose. Die arzneilose Therapie teilt er ein in Chirurgie, Diätetik und Physiotherapie. Letztere hat als Unterabteilungen die Anwendung der mechanischen Kraft (Massage, Gymnastik, mechanische Orthopädie, Stauung), die Phototherapie mit besonderen Unterabteilungen der Elektrotherapie und der Magnetotherapie. Die Thermotherapie wird nach Stoffen in Hydro-Äro-Stereo-Therapie eingeteilt.

Es scheint mir diese Einteilung sehr äußerlich zu sein und dem therapeutischen Wesen der einzelnen Maßnahmen nicht gerecht zu werden.

Die klimatische Therapie spielt nach **Zuntz** (84) unter den heute zur Verwendung kommenden Heilmitteln eine sehr große Rolle. Es ist sehr wahrscheinlich, daß der Schwerpunkt der Wirkung des Klimas in Einflüssen auf das Verhalten der nervösen Zentra zu suchen ist. Man wird deshalb mit seinen Methoden, die geeignet sind, Veränderungen in der Leistungsfähigkeit der höheren Zentra aufzudecken, die Studien hierüber weiterführen müssen.

Untersuchungen von **Berliner** und **Müller** (5) in einem Ostseebade mit einem nur 450 Meter breiten Dünenwald haben gezeigt, daß bei Landwind die Differenzen bezüglich Temperatur, Feuchtigkeit und Windgeschwindigkeit zu beiden Seiten des Waldes nur gering sind, bei Seewind dagegen über Erwarten große Unterschiede sich konstatieren lassen. Jenseits des Dünenwaldes in geringer Entfernung vom Strande näherte sich das Seeklima sehr dem Binnenlandklima.

Nach **Eulenburg** (20) beruht die Wirkung der Seeklimate auf den physikalischen Eigenheiten der Seeluft, auf einer größeren Gleichmäßigkeit der Seeklimate im Vergleich zum Binnenklima und auf den gewaltigen psychischen Faktoren. Bei den funktionellen Neurosen können sowohl die reizmildernden, als auch die anregenden Momente der Talassotherapie zur Geltung gebracht werden. Eulenburg weist auf die Arbeit von Ide (Amrum) hin, der eine allmähliche Progression in der Anwendung der stärkeren Reize des Seeklimas befürwortet. Auch für Migräne und Basedowsche Krankheit sind die Verhältnisse an der See günstig.

Dann verbreitet sich Eulenburg über die Anwendung des Seeklimas in der Form von Seereisen, Erholungsfahrten und Seereisekuren, die besonders



günstig bei sogenannter Berufsnervosität wirken sollen. Winteraufenthalt und Winterkuren an der See, auch an unseren einheimischen Nord- und Ostseeküsten, sollten mehr als bisher in Gebrauch kommen.

Pototzky (62) wendet sich gegen die abendliche Verabreichung differenter hydriatischer Maßnahmen zur Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Die Prozeduren sollen möglichst auf eine frühere Tageszeit verlegt werden, und falls abendliche Verordnungen nicht zu umgehen sind, sollen weniger differente Maßnahmen getroffen werden.

Rothschuh (66) hat Blutdruckmessungen bei zwei Versuchspersonen ausgeführt und gefunden, daß ein Schwefel-Kochsalzbad von 20—25° (Aachener Kaiserquelle) den maximalen Blutdruck in geringem Maße erniedrigt, bei einer Stunde Dauer erst erniedrigt, dann erhöht, bei zwei Stunden Dauer ebenfalls, wobei am Schluß aber wieder eine Erniedrigung auftritt. Die Aachener Dusche-Massage erhöht den Blutdruck etwas, die Pulsfrequenz wurde in wechselnder Weise beeinflußt. Die langen Bäder wirken entschieden schonender und empfehlen sich bei Arteriosklerose sowie bei allen mit Überempfindlichkeit einhergehenden nervösen und rheumatisch-gichtischen Leiden.

Winternitz (80) hält auf Grund seiner Erfahrung auch das zarteste Kindesalter nicht für eine Kontraindikation gegen kaltes Wasser, wenn therapeutische Erwägungen in Betracht kommen. Auch hohes Alter gilt nicht als absolute Kontraindikation gegen intensive thermische Reize, da im allgemeinen die Blutdrucksteigerung geringer ist, als bei ganz alltäglichen unvermeidbaren Lebensverrichtungen.

Winternitz weist sodann auf die Gewöhnung oder Anpassung bei wiederholter Abkühlung oder Erwärmung hin; ein fast noch unbebautes Arbeitsfeld. Diese Anpassung charakterisiert sich in der Hauptsache als Verminderung der Wärmeabgabe, wie dies durch Untersuchungen von Durig und Lode sich gezeigt hat. Anatomisch wird es sich um Anpassungsvorgänge in der Haut, wahrscheinlicher in den Gefäßen, als in den Hautmuskeln, handeln.

Hirschfeld (37) hat eine Anzahl Versuche gemacht, bei denen er plethysmographische und Atemkurven in Kohlensäurebädern aufnahm. Er fand, daß bei Temperaturen von 40—29° der Eintritt der Kohlensäureentwicklung das Plethysmogramm im Sinne einer Volumenvermehrung nach kurzer anfänglicher Verminderung beeinflußt, also zu einer Erweiterung der peripheren Gefäße führt. Die Differenz, die sich aus seinen Arbeiten und denen von Müller ergibt, der zu der Ansicht kam, daß bei den Kohlensäurebädern nur der thermische Reiz wirksam sei, erklärt Hirschfeld durch abweichende Versuchsanordnungen bei Müller. Das Gefühl der Wärme wird durch die Reizung der Wärmepunkte der Haut infolge der Resorption von Kohlensäure durch die Haut ausgelöst. Die Temperatur des Bades hat nur Einfluß auf die Mengen der absorbierten und freien Kohlensäure.

Bickel (6) hat Kaninchen einfachen Süßwasser-, Ozet- und Kohlensäurebädern bei der für sie indifferenten Temperatur von 36—37° ausgesetzt. Indifferente Süßwasserbäder brachten eine Neigung zur Blutdrucksenkung in der Karotis, zur Bradykardie und Vergrößerung der Pulsamplitude mit sich. Die plethysmographische Kurve des Darmes stieg an und die Zacken des Elektrokardiogrammes, besonders die I-Zacke, nahmen ab. Das Ozetbad hat die Tendenz, die durch das einfache Bad provozierten Veränderungen zum Teil zu paralysieren. Das Kohlensäurebad bewirkte eine Blutdrucksteigerung und eine beträchtliche Abnahme der



Zacken des Elektrokardiogrammes. Das Ozetbad stellt ganz allgemein gegenüber dem Kohlensäurebad den milderen Eingriff dar.

Nenadovics (54) spricht über den von ihm angegebenen Bäderregulator mit indirekter Abkühlung des Badewassers. Die Wirkung soll durch eine tonisierende Herzübung und Arterienschonung charakterisiert sein. Sie übertrifft die anderen Kohlensäurebäder an Stärke und ist für alle Fälle schonender.

Bühler (8) weist auf einen Apparat von Ernst Weber in Zürich hin, der durch ein an jede Leitung anzuschließendes Gebläse Luft oder andere Gase dem Badewasser mittels eines Zerstäubers zuführt. Er hat diese Bäder als Sprudelbäder bezeichnet. Sie entsprechen in ihrer Wirkung etwa den Kohlensäurebädern in bezug auf Vermehrung der Erythrozyten in den Hautgefäßen, auf Pulsfrequenz und Blutdruck. Die Verbindung mit anderen Agentien z. B. in Form des Fango-Sprudelbades hat sich besonders dadurch bewährt, daß die Fangowirkung auf diese Weise auf den ganzen Körper ausgedehnt werden kann.

Hirschfeld (36) tritt der Auffassung von Krauß entgegen, daß die Hyperämie, die bei Kohlensäureapplikation auftritt, nicht auf die andere Körperseite übergreift. Es sei vielmehr hier immer eine Erweiterung der Hautgefäße auf der kontralaten Seite zu konstatieren. Hirschfeld hat den Gefäßreflex vor und nach Kohlensäurebädern geprüft und gefunden, daß das kühle Kohlensäurebad die kontralate Gefäßreaktion zu verstärken, das indifferente und warme Kohlensäurebad sie abzuschwächen scheint. Bei einem Neurastheniker zeigte sich eine Umkehrung dieser Verhältnisse.

Frankenhäuser (22) nimmt die Nauheimer Technik zur Norm für die Anwendung kohlensäurehaltiger Bäder. Es besteht die Möglichkeit, die Bäder nach ihrer Wirkung abzustufen vom einfachen Soolbad indifferenter Temperatur, das durch Zusatz von Mutterlauge und Badesalz verstärkt werden kann, bis zum Sprudelbad mit hohem Kohlensäuregehalt und niedriger Temperatur. Durch den Gehalt an Salz, an Kohlensäure, durch die Temperatur und die Dauer des Bades kann weitgehendste Individualisierung erreicht werden.

Nach dieser Norm sind auch die künstlichen Kohlensäurebäder einzurichten, deren Technik und Herstellung nach den einzelnen Systemen Frankenhäuser bespricht. Die sauerstoffhaltigen Bäder sind im allgemeinen in ihrer Wirkung schwächer.

Frankenhäuser nennt sodann als Indikation für kohlensaure Bäder, Kreislaufstörungen, chronisch entzündliche und degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates, Stoffwechselkrankheiten und schließlich Neurasthenie und allgemeine Neurosen. Bei den Neurosen ist Vorsicht geboten, da der Reiz der Bäder leicht zu stark und dann schädlich wirkt.

Nenadovics (53) hat einen Bäderregulator konstruiert, dessen Vorzug in der Einfachheit der Konstruktion und Vielseitigkeit der Wirkung, in der leichten sicheren Handhabung und vor allem in der sicheren Dosierbarkeit der Kohlensäure und der Temperatur, und zwar unabhängig voneinander liegt. Es besteht die Möglichkeit, in derselben Wanne sieben verschiedene Bäder, unter anderem ein Sprudelbad und ein Kohlensäurebad mit indirekter Kühlung herzustellen, das für die Herztherapie eine Bereicherung darstellen soll.

Buxbaum (9) weist auf die widersprechenden Resultate hin, die die Untersuchungen über den Blutdruck bei Kohlensäurebädern ergeben. Der Blutdruck ist abhängig von den thermischen Reizen und dem Zustand des Gefäß- und des Zirkulationsapparates, die ihrerseits wieder von psychischen

65*



Vorgängen beeinflußt werden. Das Kohlensäurebad wirkt wie die Digitalis nicht auf den Blutdruck, sondern auf die Blutverteilung. Die Hautrötung ist keine reaktive, sondern eine rein lokale Wirkung der Kohlensäure. Die Frage der Wirkung auf die Hautgefäße ist noch durchaus ungeklärt. Die Kapillaren werden durch direkte Reize erweitert, die Haut- und Muskelarterien reflektorisch tonisiert. Die Beeinflussung der Pulsfrequenz und der Pulsqualität ist nicht eindeutig. Der Einfluß der Kohlensäurebäder auf das Schlagvolumen des Herzens wird von fast allen Untersuchern in einer Vergrößerung des Schlagvolumens gefunden. Auch eine Beeinflussung des Elektrokardiogramms wird konstatiert. Die Tastempfindlichkeit wird gesteigert und auch die Wärmeempfindlichkeit beeinflußt.

Elektrodiagnostik und Elektrotherapie.

Ref.: Dr. G. Flatau-Berlin.

1. Adamkiewicz, Albert, Ueber die „Entartungsreaktion" der sensiblen Nerven. Berliner klin. Wochenschr. No. 5. p. 207.
2. Aub, Zentrale Neurosen. Zentrale Galvanisation. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 51. p. 511.
3. Babinski, Delherm, Jarkowski, Contribution à l'étude de la D. R., Excitabilité faradique latente. Possibilité de la faire apparaître au moyen de la voltaïsation. Bull. officiel de la Soc. franç. d'Electrothérapie. Mars. Nimes. 1.—6. août.
3a. Dieselben, Sur l'association de deux courants en électro-diagnostic et en électrothérapie. ibidem.
4. Bálint, Rudolf, und Egan, Ernst, Ueber Veränderungen der elektrischen Reizbarkeit der Muskeln bei Erkrankung verschiedener Organe. Berl. klin. Wochenschr. No. 49. p. 2301.
5. Becker, Wilhelm, Die Behandlung von Lähmungen und trophoneurotischen Zuständen der Muskulatur durch ein neues elektrotherapeutisches Verfahren. Ztschr. f. physikal. u. diät. Therapie. Bd. 16. H. 10. p. 583.
6. Derselbe, Erwiderung auf den Beitrag von Dr. J. Kowarschik. ibidem. Dez. p. 732.
7. Bienfait, La réaction de dégénérescence. Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège. Juillet. p. 115.
8. Boruttau, H., Die allgemeinen Gesetze der elektrischen Erregung. Medizin. Klinik. No. 12—15. p. 489. 530. 571. 617.
9. Derselbe, Mann, L., Levy-Dorn, M., und Krause, P., Handbuch der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre. Bd. II. 2. Hälfte. Leipzig. 1911. Dr. W. Klinkhardt.
10. Bourgouignon, G., Huet, E., et Laugier, H., Nouvelles réactions électriques des muscles dans la myopathie. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 7. p. 246.
11. Dieselben, Mesure relative de la vitesse d'excitabilité musculaire et nerveuse chez l'homme par le rapport de seuils d'ouverture et de fermeture du courant d'induction. (2e note). Etat normal (3e note). Etats pathologiques; Evolution des réactions de dégénérescence. Revue neurol. 1. S p. 644. 678. (Sitzungsbericht.)
12. Dieselben, Une nouvelle méthode en électro-diagnostic: La recherche du rapport des quantités d'électricité liminaires des ondes d'ouverture et de fermeture du courant d'induction. Assoc. pour l'avanc. des Sciences. 1. août.
13. Dieselben, Résultats donnés par la mensuration de la vitesse de l'excitabilité électromusculaire. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 383. (Sitzungsbericht.)
14. Derselbe et Thomas, Un cas de syringomyélie traité par la radiothérapie. Retrocession de la D. R. Communic. de la Soc. d'Electrothérapie. 18. juillet.
15. Caesar, R. T., Galvanization of the Brain. Brit. Med. Journal. I. p. 1063.
16. Cohn, T., Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie. 4. Auflage. Berlin, S. Karger.
16a. Delherm, La réaction tétanique chez un myopathique. Congr. pour l'avanç. des Sciences. Sect. d'Electr. méd. Nimes. 1—6. août.
17. Engelen, Ueber die lokale Hochfrequenzbehandlung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 26. p. 1239.

18. Forli, Vasco, Über die klinische Bedeutung der „Fernreaktion auf Entartung" von Ghilarducci. Medizin. Klinik. No. 46. p. 1865.
19. Foveau de Courmelles, L'année électrique. Paris. Béranger.
20. Geyser, A. C., High Frequency Current as Therapeutic Agent. Journ. of Med. Soc. of New Jersey. Jan.
21. Grabley, Paul, Die Hochfrequenzbehandlung der nervösen und organischen Herzstörungen. Medizin. Klinik. No. 25. p. 1031.
22. Derselbe, Zur technischen Kritik der Hochfrequenz-Therapie. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 41.
23. Hartenberg, P., Un nouveau traitement de l'épilepsie par la galvanisation cervicale. Journal de Méd. de Paris. No. 10. p. 196.
24. Haskovec, Ladislas, Deux électrothérapeutes du XVIII[e] siècle en Bohème. Procope Venceslav Divis (1698—1765). Jean-Baptiste Bohac (1724—1768). Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 6. p. 489.
25. Heümann, G., Einiges über die elektrische Behandlung von Lähmungen und Kontrakturen. Zeitschr. f. mediz. Elektrol. Bd. 14. H. 1. p. 18.
26. Derselbe, Einige Untersuchungen betreffend den elektrischen Geschmack. ibidem. Bd. 13. H. 5. p. 133.
27. Heuser, C., Provocacion del sueño con la corriente de Leduc. Semana Medica. Sept. 26.
28. Hotzelt, Hans Philipp, Elektrisches Verhalten bei zerebralen Lähmungen mit Berücksichtigung der zerebralen Muskelatrophie. Inaug.-Dissert. Würzburg.
29. Huet, E., et Sachattchief, A propos d'un cas de syringomyélie soumis à la radiothérapie. Rétrocession de la réaction de dégénérescence. Comm. de la Soc. franç. d'Electrothérapie. 18 juillet.
30. Jaboulay, Sensibilité du tissu réticulé développé dans les centres nerveux, aux Rayons x. Lyon médical. T. CXVIII. p. 662. (Sitzungsbericht.)
31. Jacobi-Siesmayer, E., Die Diathermie, ein neues elektrisches Heilverfahren. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 30. p. 873.
32. Junca, E., L'électrodiagnostic dans les maladies du labyrinthe. Revue hebd. de Laryngol. No. 13. p. 369.
33. Kaestner, G., Über Unionentherapie. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 27. p. 1284.
34. Kahane, Max, Über Galvanopalpation. Zeitschr. f. physikal. u. diätet. Therapie. Bd. 16. H. 8—9. p. 454. 535.
35. Kowarschik, Josef, Zur Arbeit Dr. W. Beckers: Die Behandlung von Lähmungen und trophoneurotischen Zuständen der Muskulatur durch ein neues elektrotherapeutisches Verfahren. ibidem. Dec. p. 730.
36. Labeau, Roger, Nouvelles contributions à la radiothérapie du tabes. Congr. pour l'Avanc. des Sciences. Section d'Electricité méd. 1—6. août.
37. Laquerrière et Nuytten, La gymnastique électrique généralisée comparée à l'exercice volontaire. Déductions thérapeutiques. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIII. No. 13. p. 498.
38. Lewi, William G., High Frequency Electricity in the Treatment of Exophthalmic Goiter and Perverted Thyroid Secretion. Medical Record. Vol. 82. p. 643. (Sitzungsbericht.)
39. Machado, Virgilio, freie Übersetzung von Dr. Zanietowski, Die direkten und indirekten Applikationen der Elektrizität in der Medizin und Chirurgie. Les applications directes et indirectes de l'électricité à la Médecine et à la Chirurgie. Zeitschr. f. mediz. Elektrologie. Bd. XIII. H. 6. p. 165. und Lisbonne. Imprimerie Nationale.
40. Moren, J. J., Electro-Therapeutics. Kentucky Med. Journal. March 15. X. No. 6.
41. Nagelschmidt, Franz, Über einen neuen dosierbaren Wechselstrom (elektrischer Schlaf). Berl. klin. Wochenschr. No. 39. p. 1849.
42. Derselbe, Ueber elektrische Narkose. ibidem. p. 2428. (Sitzungsbericht.)
43. Pagenstecher, A., Sitzung im Hause eines Magnetiseurs in Heidelberg im Jahre 1818. Medizin. Klinik. No. 16. p. 1092.
44. Perthes, G., Ueber Leitungsanästhesie unter Zuhilfenahme elektrischer Reizung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 47. p. 2545.
45. Peyri et San-Ricart, Sur un cas de morphée guéri par la haute fréquence. Ann. d'électrobiol. et de radiol. 1911. No. 10.
46. Piper, H., Elektrophysiologie menschlicher Muskeln. Berlin. Julius Springer.
47. Pittman, R. L., Some Practical Uses of Electricity, with Report of Several Cases. Old Dominion Journ. of Medicine and Surg. Oct.
48. Rusling-Reinear, L'électricité dans le traitement de la névralgie brachiale. Ann. d'électrobiologie. 1911. XV. No. 12.
49. Schnée, Adolf, Experimentaldemonstrationen der Kataphorese. Zeitschr. f. mediz. Elektrol. Bd. 14. H. 1. p. 23.



50. Seeuwen, Goitre exophtalmique rapidement amélioré par les rayons x. Ann. d'électro-biologie. XV. No. 1.
51. Somerville, W. F., High-Frequency Currents in Trigeminal Neurolgia. Brit. Med. Journal. II. p. 1706.
52. Sommer, R., mit Bemerkungen von Ingenieur Friedrich Dessauer in Frankfurt a. M., Zur Verbesserung der elektromedizinischen Diagnostik und Therapie. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 17. p. 792.
53. Stein, Albert E., Über die perkutane Anwendung radioaktiver Substanzen speziell des Aktiniums. Zentralbl. f. Röntgenstrahlen. Bd. III. H. 5.
54. Taylor, Frederick, The Treatment of Opium Poisoning by the Faradic Current. The Lancet. I. p. 1120. u. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 7. Therapeutical and Pharmacological Section. p. 165.
55. Tomkinson, J. Goodwin, The Vacuum Electrode in Neurodermitis. Brit. Med. Journal. II. p. 302.
56. Trömner, Zwei elektrotherapeutische Apparate. Neurol. Centralbl. p. 1329. (Sitzungsbericht.)
57. Vítek, V., Weitere Erfolge der internen Galvanisation der Mundhöhle bei der Neuralgie des N. trigeminus. ibidem. No. 16. p. 1023.
58. Wolf, Lothar, Zur therapeutischen Wirkung der Hochfrequenzströme. Inaug.-Dissert. Berlin.
59. Zanietowski, Josef, Einige Bemerkungen über die „Einheitlichkeit" der Benennung von „Erregungskoeffizienten". Zeitschr. f. med. Elektrologie. Bd. 13. H. 6. p. 201.
60. Derselbe, Über die praktische Verwendbarkeit meiner „Exzitatoren" und meines „Exzitometers" im Verhältnisse zu den Postulaten des Elektrologenkongresses zu Barcelona. ibidem. Bd. 14. H. 1. p. 1.
61. Zimmern, Les applications directes et indirectes de l'électricité. Gaz. des hôpitaux. No. 36. p. 517.
62. Derselbe et Bordet, Effets généraux des courants de haut fréquence. Leur action dans cinq cas de goitre exophthalmique. Arch. d'électricité méd. 1911. 20. Aug.

Sommer (52) hat einen Apparat und ein Verfahren angegeben, welches bei der üblichen Anwendung des galvanischen Stromes eine größere Konstanz der Stromverhältnisse und eine Limitierung der durch den Körper gehenden Strommenge gestattet; dadurch werden, wie Dessauer im technischen Teile des Aufsatzes ausführt die schwankenden Widerstände des Körpers nur unerhebliche Änderungen der Stromstärke, die durch den Körper geht, herbeiführen, der Praktiker kann dadurch die nicht selten unangenehmen Zufälle beim Elektrisieren vermeiden.

Adamkiewicz (1) sucht darzutun, daß der Erregung durch einen Reiz, die eine normale darstellt, die Reizung gegenüberzustellen sei. Die als Erfolg der Reizung auftretende Aktion sei somit etwas Krankhaftes. In diesem Sinne sei die Entartungsreaktion der motorischen Nerven aufzufassen, die, wenn erkrankt, auf den elektrischen Strom mit veränderter, scheinbar erhöhter Aktion antwortet. Eine dem ähnliche Reaktion muß es auch beim sensiblen Nerven geben. Die Reaktion desselben auf die „Reizung" im Sinne von Adamkiewicz ist der Schmerz. Wenn der einfache Reiz eine Schmerzreaktion hervorruft, ist der Nerv krank. (Es ist nicht klar aus der Arbeit zu ersehen, ob die Schmerzreaktion auf elektrische Reizung hier auch gemeint ist. D. Ref.)

Bourguignon, Huet und **Laugier** (10) erwähnen die myotonische Reaktion; neben dieser bestehe neben der gewöhnlich beschriebenen einfachen Herabsetzung der Erregbarkeit der Myopathie noch eine andere Form. Nämlich nicht nur die atrophischen Muskeln zeigen diese Veränderung, sondern genaue Untersuchung ergibt:

1. Vermehrung der Öffnungszuckung an beiden Polen bei galvanischer Reizung.
2. Tetanus bei schwachen Strömen.



3. Tetanus permanens bei starken faradischen und galvanischen Strömen, wie bei der Myotonie, und zwar mit dem Unterschiede, daß die Kathode wirksamer ist.

Bald gibt ein Muskel alle Reaktionen, bald nur einzelne. Alles das wird mit Kurven belegt, aus dem hervorzugehen scheint, daß die tetanische Reizung namentlich dann auftritt, wenn der Muskel dem Beginn der Veränderung nahe ist.

Von den beiden Autoren **Bálint** und **Egan** (4) hatte der erstere schon gezeigt, daß bei Lungenerkrankungen, wenn sie einseitig waren, auf der kranken, wenn doppelseitig, auf der, wo die Krankheit größere Aktivität zeigte, die Erregbarkeit gesteigert war; er erklärte das als Sympathikuswirkung auf die Medulla. Beide Autoren gingen nun den Veränderungen bei Erkrankung anderer Organe nach. Sie fanden erhöhte Reizbarkeit der Lumbalmuskulatur bei Nierentuberkulose, der Bauchmuskulatur bei Cholelithiasis, bei letzterer aber auch erhöhte Erregbarkeit der Schultermuskulatur. Es handelt sich im wesentlichen nur um vorläufige Befunde, die der Bestätigung am großen Material bedürfen.

Perthes (44) gibt ein Verfahren an, mit der gleichen Nadel, die das Anästhetikum in den Nerven einspritzen soll, einen geringen faradischen Strom durchzuschicken, der eine Zuckung auslöst, welche beweist, welchen Teil des Nerven man getroffen hat. Das Instrumentarium (geliefert von Heynemann Leipzig) ist ziemlich einfach. Verwendet wird 2—3% Novokainlösung. Die Anästhesie erfolgt in 3—30 Minuten. Das Anwendungsgebiet ist nicht klein; in Betracht kommen für neurologische Zwecke die Förstersche, Stoffelsche Operation sowie die Injektion in den Ischiadikus.

Kaestner (33) weist auf die Arbeit von Steffens, Freiburg hin, dessen Vorrichtung ähnlich wie bei der Influenzmaschine, freie Jonen zur Ausstrahlung zu bringen, sich gut bewährt hat. Er hat eine Modifikation getroffen, die gestattet, vermittels einer Glimmlichtröhre mit Funkenstrahl drei verschiedene therapeutische Modifikationen vorzunehmen:

1. Die Rumpfsche Herzbehandlung in der mildesten Weise und in beliebiger Graduierung.

2. Gestattet das Instrumentarium, beim Aufsetzen der Elektroden auf die Haut und zwar auf die sogenannten Reizpunkte der Muskeln, die letzteren absolut schmerzlos zur Kontraktion zu bringen.

3. Hat die Verbindung mit Kondensator-, Graphit- oder Vakuumelektroden großen Erfolg bei Hautkrankheiten, da die Ozonbildung unter der Elektrode eine besonders starke ist.

Behandelt wurden Rheumatismus, Neuralgie, Neurasthenie, nervöse Herzerkrankung mit gutem Erfolg.

Machado (39) gibt eine ziemlich schematisch gehaltene und durch Tabellen und Tafeln gestützte Übersicht über die Anwendungsformen der Elektrizität in der Medizin und Chirurgie.

Unter Galvanopalpation versteht **Kahane** (34) eine besondere Anwendungsform des galvanischen Stromes für diagnostische und therapeutische Zwecke, welche dadurch charakterisiert ist, daß eine punktförmig zugespitzte Elektrode rasch und kurzdauernd unter ständigem Ortwechsel gleichsam palpatorisch auf die zu untersuchende Fläche appliziert wird. Sowie die als Palpation bezeichnete Untersuchungsmethode durch Aufsetzen der Fingerkuppe den Nachweis schmerzhafter Gebiete anstrebt, so gibt diese den Nachweis galvanohyperästhetischer Stellen. Dabei dient die Kathode als indifferenter, die Anode als differenter Pol, unter Anfeuchtung mit Kochsalzlösung indifferenter Temperatur. Da die subjektiven Differenzen der Empfindlichkeit eine Rolle spielen, muß die Gefäßreaktion als objektiver Wertmesser in



Betracht gezogen werden. Wenn Stromstärken, die sonst eben noch wahrgenommen werden, eine starke sensible Reaktion hervorrufen, ist eine pathologische Steigerung vorhanden. Die mitgeteilten Untersuchungen beziehen sich hauptsächlich auf die Halsregion. Es scheint, als ob bei Hyperthyreosis Hypersensibilität und umgekehrt bei Hypothyreosis Hyposensibilität besteht. Ein Einklang mit den Headschen Zonen scheint ebenfalls erweisbar. Bemerkenswert sind auch die therapeutischen Effekte bei Sympathikusneurosen, bei peripheren Nervenlähmungen, bei Gefäßparese infolge von Hemiplegie.

Aub (2) unterscheidet drei Hauptgruppen zerebrasthenischer Störungen. und in jeder Gruppe noch drei Unterarten, die hier aufzuzählen wenig Wert hätte; die Erörterungen führen dazu, daß als wesentliches Heilmittel die zentrale Galvanisierung empfohlen wird, und diese kann angeblich nur richtig geleistet werden mit dem vom Verf. angegebenen Instrumentarium.

Ein 33jähriger Minenaufseher erlitt im Betriebe eine Verletzung des Schädels oberhalb des linken Ohres, er war drei Monate bewußtlos (?) erholte sich dann langsam, sein rechter Arm war gelähmt, die Sprache gestört, es handelte sich wohl um dysarthrische Störungen; er hatte Krämpfe, war aufgeregt, reizbar, sah doppelt und hatte Augenflimmern. Verf. gab galvanischen Strom durch den Kopf und rechten Arm, welch letzterer in einer Porzellanwanne mit Wasser lag. Stromstärke bis 30 MA. für den Arm speziell unterbrochenen Gleichstrom bis 100 in der Sekunde. Es wurde eine an Heilung grenzende Besserung erzielt. **Caesar** (15) empfiehlt auf Grund dieser Erfahrung und solcher bei Gelenkergüssen die galvanische Behandlung von solchen Folgezuständen von Schädelverletzungen.

Nagelschmidt (41) geht vom Leducschen intermittierenden Gleichstrom aus, dessen eigentümlicher Effekt in lokaler Analgesierung und allgemeiner Narkose besteht; indessen sind seiner Anwendung Grenzen gesetzt in der elektrolytischen Wirkung auf die Gewebe. Weniger bedenklich in dieser Hinsicht sind die Wechselströme; doch ist hier die Meßbarkeit nicht genau genug. Dasselbe ist vom sinusoidalen Wechselstrom zu sagen und vom pulsierenden Gleichstrom. Mit einem Apparat, der einen Strom liefert, von einer Kurvenform, die nach beiden Seiten symmetrisch verläuft, nach Spannung und Stromstärke regulierbar ist, möglichst senkrecht ansteigt, auf der gewünschten Höhe gleichmäßig bleibt und wieder senkrecht abfällt, hat Nagelschmidt an Tieren merkwürdige Wirkungen erzielt. Der Apparat kann auf jeden Multostaten montiert werden. Die Empfindung ist milder als beim faradischen Strom mit deutlicher Beimischung von Hitze- und Kältegefühl, Gefühl des Eingeschlafenseins, bei Weitersteigerung Anästhesie oder eigentlich Analgesie mit erhaltener Berührungsempfindung. Appliziert man den Strom am Gehirn, so tritt komplette Narkose ein, nach Ausschaltung sofortige Munterkeit. Beim Kaninchen konnte die Narkose bis zu Scheintod gesteigert werden, die durch rhythmische Applikation wieder aufgehoben wurde.

Kowarschik (35) erwähnt den von Becker angegebenen Myometer, welcher eine Muskelkontraktion durch An- und Abschwellen eines Stromes hervorbringt, die der physiologischen Kontraktion mehr gleicht, als die nach den bisherigen Methoden durch Stromschwankungen erzielte. Die Franzosen haben bereits solche Vorrichtungen für alle Stromarten geschaffen.

Vitek (57) fügt den bisherigen Beobachtungen von Heilung der V. Neuralgie durch interne Galvanisation des Trigeminus von der Mundhöhle aus noch weitere hinzu. Er benutzt eine speziell konstruierte Elektrode mit Hartgummigriff und kurzer metallischer Schaufel, Stromstärke 1—1,5 MA, appliziert die Schaufel kurze Zeit an den schmerzhaften Stellen (Anode!). Auch schwere, hartnäckige Fälle kamen zur Heilung.



Taylor (54) empfiehlt zur Beseitigung des Komas bei Opiumvergiftung die allgemeine, langandauernde Faradisation der ganzen Körpermuskulatur, daneben auch die möglichst sorgfältige Entfernung des verschluckten Opiums, resp. Antidota und künstliche Atmung. (*Bendix.*)

Grabley (22) verwendet 1. Autokonduktion auf dem Kondensatorbett, 2. Applikation mit Kondensator und Vakuumelektroden, 3. Büschelentladung und Effluvien, 4. Funkenbehandlung. Die Anwendungen zu 1 und 2 können durch Erdung und Nichterdung des behandelten Patienten modifiziert werden. Der menschliche Körper verhält sich dem kontinuierlichen Hochfrequenzstrome gegenüber wie ein echter Elektrolyt, das heißt, wir können den isolierten Organismus aufladen mit Energie, oder bei Erdung der Patienten die hochfrequenten Ströme, in gleichem Sinne ihrer Bewegungsform wie in Flüssigkeiten, den Organismus durchfließen lassen. Aus der Ähnlichkeit der graphisch dargestellten Wellenbilder sehen wir, daß Thermopenetration und Hochfrequenzbehandlung nahe verwandt sind. Die Hochfrequenz benutzt gedämpfte, die Diathermie ungedämpfte Sinuswellen.

Nach **Somerville** (51) ist der gute Einfluß von Hochfrequenzströmen bei Neurosen und Neuralgien durchaus bekannt. Er berichtet einen Fall von V. Neuralgie einer 60jährigen Frau, bei der alle Behandlung ohne Erfolg war, während andauernde Hochfrequenzbehandlung Heilung herbeiführte.

Grabley (21) unterscheidet einen neurosensitiven und neuromuskulären Reiz bei der Hochfrequenzapplikation. Die Behandlung mit der Kondensatorelektrode wirkt neurosensitiv, mit feuchten Metallelektroden neuromuskulär. Erstere läuft auf den Leitungsbahnen zu den Herzganglien und bessert reflektorisch die Kontraktion der einzelnen Herzmuskelbündel. Der letztere hat eine mehr diffuse Wirkung auf Tonus und Kontraktilität der Muskelfasern. Bei nervösen Affektionen empfiehlt sich die Behandlung mit Kondensatorelektroden, bei organischen Prozessen mit feuchten Metallelektroden. Wirksam ist die Methode, weil blutdruckherabsetzend, besonders bei beginnender Ateriosklerose. Ferner bewirkt sie vermehrte CO_2-Ausscheidung, Diurese, Harnstoffausscheidung. Regulation von Zelltonus- und Zellstoffwechsel.

Unter Beschreibung des dazu gehörigen Instrumentariums gibt **Jacobi-Siesmayer** (31) die Wirkung der Diathermie auf den menschlichen Körper an. 1. Die Erzeugung dem Körper zuträglicher Temperaturen zur heilenden Behandlung. 2. Die Erzeugung von koagulierenden Temperaturen zur Gewebezerstörung.

Schneé (49) will neben den Vorgängen der Katalyse i. e. der Summe der Vorgänge oder Stromeffekte, die im intrapolaren Raum ohne Gewebsdestruktion vor sich gehen, noch jenen Momenten besondere Beachtung schenken, die zwischen den Polen und der Haut die Wirkung entfalten; er bezeichnet die Vorgänge als endosomatische und diachrotische. Z. B. ist die Kataphorese jene mechanische Wirkung des Stromes, die eine Fortführung der nicht dissoziierten Teile von der Anode nach der Kathode hervorruft; in umgekehrter Richtung findet die Anaphorese statt. Beides kann diachrotisch und endosomatisch stattfinden; indessen geht mit der diachrotischen Kataphorese (medikamentöse) auch eine Jontophorese statt, zum Beweise wird ein Versuch von Leduc angeführt, während ein anderer Versuch, der den Verhältnissen im Körper möglichst angenähert ist, die Vorgänge der endosomatische Kataphorese darstellt: Wanderung der Blutkörperchen vom positiven zum negativen Pol. Ferner läßt sich zeigen, daß der gebrauchte Strom die Strömungsgeschwindigkeit beschleunigt und den hydrodynamischen Druck erhöht oder erniedrigt, je nach der Richtung. Ein für die Kataphorese wesentlicher Versuch ist der von Munk und Meißer



an durch Hitze geronnenen Eiweißstäbchen; hier kommt es am positiven Pol zur Schrumpfung, am negativen zur Quellung, wenn man gebrauchten Strom durchschickt.

Nach **Stein** (53) ist es möglich, eine externe und interne Anwendung radioaktiver Substanz zu machen, dazu tritt die perkutane; man benutzt dazu das Aktinium, dieses ist eine radioaktive Substanz, die in Form der von der Firma Leopold Marcus, Berlin, hergestellten Radiofilmkompressen zur Einwirkung kommt. Ihre Wirksamkeit läßt sich an der photographischen Platte prüfen.

Diese Kompressen hat der Verf. in einer Reihe von Fällen geprüft; meist schmerzhafte Gelenkerkrankungen, Neuralgien usw. Er war mit dem Erfolg sehr zufrieden.

Massage.

Ref.: Dr. G. Flatau-Berlin.

1. Arnaud, Méthodes de gymnastique utilisées ou utilisables dans l'armée. Gaz. des hôpitaux. p. 234. **(Sitzungsbericht.)**
2. Bentele, E., Cornelius Treatment for Peripheral Nerve Diseases. Journ. of Missouri Med. Assoc. Febr.
3. Boeri, G., Sulla rieducazione fisica. Riforma medica. Dec.
4. Bornemann, Wilhelm, Behandlung eines Falles von Asthma bronchiale mittelst Nervenmassage. Charité-Annalen. Bd. 36. p. 578—580.
5. Bruhin, C., Moderne Massage auf anatomisch-physiologischer Grundlage mit Berücksichtigung der schwedischen Heilgymnastik und der Selbst-Massage im Anhang. Olten. Herm. Lambrecht.
6. Bucholz, C. H., Exercice Treatment of Paralysis. Amer. Journ. of Orthopedic Surgery. May.
7. Cabanès, L'histoire de la vibrothérapie. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIV. No. 7. p. 241.
8. Campbell, W. C., Orthopedic Treatment of Infantile Paralysis. Southern Med. Journal. Nov.
9. Cohn, Paul, Ruhegymnastik. Dtsch. Mediz. Presse. No. 3. p. 24.
10. Cyriax, E. F., The Treatment of Facial Paralysis with Special Regard to Nerve Friction. International Clinics. I. 21 Series.
11. Derselbe, Manual Treatment of the Abdominal Sympathetic. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 18. p. 897.
12. Dohrn, Wesen und Wirkung der rhythmischen Übungen. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 102. **(Sitzungsbericht.)**
13. Froment, J., De la mobilisation systématique et de ses indications dans le traitement des sciatiques. Lyon médical. T. CXVIII. p. 848. **(Sitzungsbericht.)**
14. Derselbe et Pillon, Maladie de Parkinson et rééducation musculaire. ibidem. T. CXVIII. p. 617. **(Sitzungsbericht.)**
15. Garson, J. G., The Treatment of Tabetic Ataxia. Brit. Med. Journal. II. p. 471.
16. Gonnet, Auguste, Sur la rééducation motrice appliquée au traitement de l'ataxie tabétique. Quelques résultats. Lyon médical. T. CXVIII. p. 796. **(Sitzungsbericht.)**
17. Herschel, Die Elektro-Vibrationsmassage. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 32. p. 1501.
18. Hirschberg, R., Manuel pratique de Kinésithérapie. Fascule VII: La rééducation motrice. Paris. Félix Alcan.
19. Kouindjy, P., Traitement kinésithérapique des arthropathies tabétiques. La Presse médicale. No. 26. p. 260. und Journal de Physiothérapie. 15. mars.
20. Derselbe, Traitement kinésithérapique de la syringomyélie (ses indications). III. Congr. de Physiothérapie. avril 1911.
21. Derselbe, Contribution à l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de la rééducation des mouvements. Journ. de Physiothérapie. 1911. 15. janv.
22. Mendelsohn, Martin, Zur Anwendung der Vibrations-Massage in Gesundheit und Krankheit. Allg. Mediz. Centralzeitung. No. 38. p. 497. u. Dtsch. Aerzte-Ztg. No. 19. p. 293.
23. Meyer, O. B., Neue Apparate zur Schreibkrampfbehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1690. **(Sitzungsbericht.)**



24. Pécus, Psychologie, dressage et traitement rééducateur de l'homme et des chevaux tiqueurs. Bull. Soc. centrale de méd. vétérinaire. 30 nov. 1911.
25. Derselbe, Mécanisme et action auto-éducatrice du contre-tic Pécus basée sur l'immobilisation des muscles du tic par l'emploi des mouvements réflexes antagonistes. Journ. de méd. véterinaire. T. LXII. 30. nov.
26. Peusquens, Massage, Gymnastik und Uebungstherapie. **Sammelreferat.** Medizin. Klinik. No. 1. p. 22.
27. Reefschläger, Über Nebenwirkungen der Nervenpunktmassage. Charité-Annalen. Bd. 36. p. 581—588.
28. Schulthess, Wilhelm, Ueber orthopedische Gymnastik. Corr.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 6.
29. Stein, Albert E., Ueber Vibrationsmassage. Zeitschr. f. physik. u. diätet. Therapie. Bd. XVI. H. 4. p. 206.
30. Derselbe, Thermo-Massage und Thermo-Vibrationsmassage. Erwiderung auf vorstehende Mitteilung von R. Friedländer. ibidem. Bd. 16. H. 11. p. 680 u. 682.
31. Townsend, W. R., Prevention and Correction of Deformities by Mechanical Treatment. New York State Journal of Medicine. June.
32. Willemer, Wilhelm, Zur Behandlung des muskulären Sohiefhalses. Inaug.-Dissert. Rostock.
33. Wiszwianski, Die Bedeutung der Nervenmassage für den praktischen Arzt. Fortschritte der Medizin. No. 5—6. p. 135. 172.
34. Derselbe, Die Bedeutung der Nervenmassage in der Rhinolaryngologie. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 358. **(Sitzungsbericht.)**
35. Wright, Wilhelmine G., Muscle Training in the Treatment of Infantile Paralysis. The Boston Med. and Surg. Journal. Vol. CLXVII. No. 17. p. 567.

Bruhin (5) gibt als Extrakt seiner Erfahrungen das vorliegende Buch über moderne Massage. In diesem soll der neueste Standpunkt therapeutischen Könnens und Wissens niedergelegt sein, zugleich soll es aber dem Laien eine genügende Aufklärung bieten. Massage und Heilgymnastik gehören zusammen, die Laienmassage wirkt zwar oft schlecht, das liegt aber an der mangelhaften Ausbildung; ganz zu verbieten ist die Laienmassage nicht.

Die Beschreibung der einzelnen Anwendungen ist durch gute Abbildungen unterstützt.

Stein (29) sieht in der Vibrationsmassage ein energisch wirkendes Heilmittel, er bespricht die physiologischen Wirkungen und leitet daraus die Indikationen her; uns interessieren die Wirkungen auf die Neuralgien, wobei er auch der Nervenpunkte gedenkt, die Wirkung auf die lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, die Anwendung bei der Paralysis agitans, bei kompletten und inkompletten Lähmungen. Ferner gedenkt er der Erfolge bei Hysterie und Neurasthenie, bei Migräne, Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Muskelrheumatismus, Hexenschuß. Die manuelle Massage hat wohl meist der maschinellen Platz gemacht; die Aufzählung der Apparate dürfte zu weit führen.

Herschel (17) hat sowohl den Begriff der Elektrovibrationsmassage geschaffen, als auch die Apparate angegeben, die es gestatten, Massage und Elektrizität zu vereinigen. In zweckmäßiger Form gelang ihm das durch Schaffung einer Universal-Elektrode zur Elektrovibration. Auf der gleichen Idee beruht die Konstruktion des Podotherm, welchem eine besondere Wirkung gegen kalte Füße zukommen soll.

Stein (30) will die Friedländersche Kombination von Heißluft mit Handmassage dahin modifizieren, daß eine bimanuelle Massage dabei möglich wird. Dazu wird der Föhnapparat auf ein Gestell montiert, das mit dem Fuße dirigiert wird; speziell die Verbindung dieser Heißluftdusche mit Vibration hält er für wertvoll.

Neben der medikamentösen Behandlung der Tabes hat nach **Kouindjy** (19) die Massage bei den Arthropathien eine große Bedeutung; daneben hat aber die Bewegungstherapie auch eine Rolle zu spielen, um die Destruktion der



Gelenkfläche zu verhindern. Die Massage wirkt vorzugsweise auf die Ernährung und den Tonus; namentlich die Antagonisten haben hierbei eine große Bedeutung. Vorgeschrittene Fälle von Arthropathie sind nicht geeignet.

Reefschläger (27) beobachtete bei Patienten, die sich wegen schmerzhafter Affektionen der Nervenmassage unterzogen, allgemeine und besondere Nebenwirkungen:

a) Solche auf den Schlaf. Schlaflosigkeit wurde beseitigt und machte nun normaler Schlafsucht Platz.

b) Hebung des Allgemeinbefindens und der Stimmung.

c) Appetit stellt sich ein, Verdauung bessert sich.

d) Menses regeln sich.

e) Beseitigung von übermäßigem Schweiß, aber auch Anregung der Schweißzentren.

Als besondere: Beseitigung von Ohrensausen, Parästhesien der Haut, von Lidkrampf, nervösem Erbrechen, Speichelfluß, nervösem Schnupfen, kalten Füßen, Exophthalmus bei Basedow, Haarausfall, reflektorischem Husten. Urtikaria, Gänsehaut. Cornelius versucht diese Heilwirkungen, die wohl etwas merkwürdig anmuten, therapeutisch zu begründen.

Wiszwianski (33) ist ein eifriger Vorkämpfer der Corneliusschen Nervenmassage: ein Nervenpunkt ist eine Stelle im Körper, die auf einen an sich normalen Reiz mit einer hierzu in keinem Verhältnis stehenden Stärke reagiert; damit wären wir aber über ein subjektives Empfinden nicht heraus, wenn nicht der in der Nervenmassage geübte Arzt auch den Nervenpunkt an jener Stelle fühlen würde, infolge der reflektorisch einsetzenden Muskelkontraktion, so daß das Fehlen von Nervenpunkten auf eine Unterbrechung des Reflexbogens, also auf ein organisches Gehirn- oder Rückenmarksleiden deuten würde (? der Ref.). In allen Fällen entstehen die Nervenpunkte durch mechanische Behinderung infolge von Narben. Die Nervenmassage bezweckt eine mechanische Beseitigung der Narben. Eine Häufung von Nervenpunkten kann den Schmerzkomplex der Neurasthenie und Hysterie hervorrufen oder auch Neuralgien. Wichtig ist der Zusammenhang aller Nervenpunkte im Sinne einer Nervenkreislauftheorie. Die Massage wirkt durch die negative beruhigende Welle, zweitens die positive reizende Welle. Bei der Behandlung ist die Aufstellung des Nervenpunktplanes wesentlich.

Organtherapie.

Ref.: Dr. Arnold Kutzinski-Berlin.

1. Aboulker, H., La dilution étendue du liquide céphalo-rachidien par injections multiples de liquide céphalo-rachidien artificiel dans le traitement des méningites aiguës. XII. Congr. français de Méd. Lyon. 1911. 22—25. Oct.
2. Achard, Tétanos guéri par la sérothérapie. Gaz. des hôpit. p. 246. **(Sitzungsbericht.)**
3. Acker, Statistique des vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur de Samara, pour les années 1886—1910. Ann. de l'Inst. Pasteur. T. 26. No. 7. p. 574.
4. Amesse, J. W., Have we a Specific for Epidemic Cerebrospinal Meningitis? Colorado Medicine. Aug.
5. Anderes, E., Hypophysenextrakt, das Pituitrin resp. Pituglandol, als Wehenmittel. Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 12. p. 454.
6. Areta, T., Serotherapy of Epidemic Meningitis. Semana Medica. May 23.
7. Arrou, Sur les injections de sérum antitétanique. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 14. p. 495.
8. Auché, B., et Dantin, Diphtheric Pseudotabetic Paralysis in Adult, Recovery Under Antitoxin. Journal de Méd. de Bordeaux. Oct. 13.



9. Babès, V., Base expérimentale des récentes modifications du traitement antirabique. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 2. p. 63.
10. Derselbe et Bobes, Essais en vue de perfectionner le traitement antirabique. ibidem. T. LXXIII. No. 28. p. 338.
11. Beebe, S. P., Serum Treatment for Hyperthyroidism. Interstate Med. Journ. May.
12. Benthin, Walther, Die Wirkung des Hypophysenextraktes zur Differentialdiagnose zwischen Schwangerschaft und Geburt. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXX. H. 1. p. 60.
13. Derselbe, Ueber Wehenanregung durch Hypophysenextrakt. Die Therapie der Gegenwart. April. p. 156.
14. Berghausen, Oscar, and Howard, Charles E., The Treatment of Wounds, with Reference to Tetanus Prophylaxis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 2. p. 104.
15. Berkeley, Wm. N., Parathyroid Treatment of Paralysis agitans. Internat. Clin. 22. 4. 1.
16. Bernoulli, E., Wirkung und therapeutische Verwendung der Nebennierenpräparate. **(Übersichtsreferat.)** Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 30. p. 1149.
17. Besserer, Ueber Pituitrin. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1358.
18. Beyers, P., Pituitrin in der Geburtshilfe. Ned. Maandschr. v. Verlosk. Vrouwenz. en Kindergeneesk. 1. 512.
19. Boerma, N. J. A. F., Einige Erfahrungen, gemacht mit dem Gebrauch des Pituitrins in der Geburtshilfe. ibidem. 1. 507.
20. Borger, W. A., Paralysen im Verlauf einer antirabischen Behandlung. Geneesk. Tijdschr. v. Ned.-Indië. 51. 719.
21. Bovermann, H., Ueber unerwünschte Nebenwirkungen bei Hormonal- und Pituitrininjektionen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 28. p. 1553.
22. Brammer, M., Pituitrin som vedrivende Middel. Hospitalstidende. April 3.
23. Brieger, L., Kombinationstherapie bei perniziöser Anaemie. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 46.
24. Brown, O. H., Autoserotherapy in Two Cases of Subacute Cerebrospinal Meningitis, with Cure. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Jan.
25. Brown, W. H., Parathyroid Implantation in the Treatment of Tetania Parathyreopriva. Annals of Surgery. 1911. March.
26. Browning, William, and Lintz, William, The Use of Spinal Fluid (Autotherapy) in the Treatment of Chronic Neurosyphilides. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 3. p. 116.
27. Dieselben, The Use of Spinal Fluid (Autotherapy) in the Treatment of Chronic Syphilides. Especially of the Central Nervous System. ibidem. Vol. XCV. No. 16. p. 783.
28. Cahn, Robert, Die Bedeutung des Pituitrins für die Geburtshilfe. Inaug.-Dissert. Freiburg i. B.
29. Castaigne, J., Gouraud, F. H., and Parisot, J., L'opothérapie thymique et parathyroïdienne. Le Journal médical français. No. 3. p. 129.
30. Cauchois, C., Deux observations d'accidents graves, mais non mortels, consécutifs à l'injection prophylactique de sérum anti-tétanique. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 22. p. 826.
31. Chattot et Thévenot, Lucien, Le traitement antirabique dans la région lyonnaise (1910 et 1911). Journal de Physiol. et de Pathol. gén. T. XIV. No. 4. p. 802.
32. Chueco, A., Los solutos hipofisiarios de Houssay como medicamento ocitocico. Semana Medica. May 16.
33. Citelli, Sur les rapports physio-pathologiques entre le système hypophysaire et les lésions du larynx et les lésions de longue durée du pharynx nasal et du sinus sphénoidal. Sur un syndrome psychique spécial et son traitement. Ann. des mal. de l'oreille. Vol. 38. No. 1. p. 1—28. u. Riv. ital. di Neuropat. 1911. 4. 480. 529.
34. Clark, Donald K., Serum Treatment of Cerebrospinal Meningitis. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 1917. **(Sitzungsbericht.)**
35. Claude, Henri, L'opothérapie uni- ou pluri-glandulaire comme adjuvant du traitement bromuré dans l'épilepsie. La Clinique. 26. avril.
36. Clerc, A., Tétanos grave. Sérothérapie. Guérison. Gaz. des hôpit. p. 1846. **(Sitzungsbericht.)**
37. Cohn, R., Glanduitrin, ein neues Hypophysenextrakt. Berl. klin. Wochenschr. No. 48. p. 2278.
38. Cole, A. P., Serum Therapy in Tetanus. Lancet-Clinic. June 29.
39. Crohn, Max, Die Behandlung postdiphtherischer Lähmungen durch Heilserum. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 84.
40. Dardel, Jean, The Present State of Organotherapeutics. The Practitioner. Vol. 86. No. 6. p. 852.
41. Dargein, Un cas de paralysie diphthérique guérie par le sérum antidiphtérique. Arch. de méd. et pharmacie navales. No. 12. p. 455—461.



42. Darier, J., et Flandin, Ch., Sur un cas de tétanos traité par les injections massives de sérum antitétanique. Gaz. des hôpitaux. p. 1832. **(Sitzungsbericht.)**
43. Delbet, Pierre, Sur les injections de sérum antitétanique. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 17. p. 606.
44. Dench, Ungünstige Erfolge mit Antistreptokokkenserum bei Meningitis. Monatschr. f. Ohrenheilk. p. 869. **(Sitzungsbericht.)**
45. Dodd, V. A., Prophylaxis und Therapy of Tetanus. Ohio State Med. Journ. Dec.
46. Dopter, Ch., Les insuccès de la sérothérapie antiméningococcique. Leurs causes. Moyens de les éviter. Paris médical. 1911. No. 36. p. 213—221.
47. Derselbe, Essais de sérothérapie antiparaméningococcique. Gaz. des hôpit. p. 1043. **(Sitzungsbericht.)**
48. Dupouy, Raoul, Arriération infantile et polyopothérapie endocrinienne. Compt. rend. Acad. des Sciences. T. 154. No. 4. p. 229.
49. Eisenbach M., Ueber Erfahrungen mit Pituglandol in der Geburtshilfe. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 45. p. 2445.
50. Engel, Emil, Kann die Ovarientransplantation als erfolgreiche Behandlung der Ausfallserscheinungen kastrierter Frauen angesehen werden? Berl. klin. Wochenschr. p. 662. **(Sitzungsbericht.)**
51. Ephraim, A., Ueber die Wirkung des Adrenalins beim Asthma bronchiale und bei der chronischen Bronchitis. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 31. p. 1453.
52. Ertl, Wehenanregende Mittel. Wiener klin. Wochenschr. 1913. p. 239. **(Sitzungsbericht.)**
53. Fabre et Rhenter, De l'emploi de la pituitrine en obstétrique. Lyon médical. T. CXIX. p. 492. **(Sitzungsbericht.)**
54. Fieux, G., La sérothérapie appliquée au traitement des vomissements graves de la gestation. Ann. de Gynécologie. Déc. p. 718.
55. Fischer, Otto, Pituitrinwirkung in 50 geburtshilflichen Fällen. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 1.
56. Franz, R., Mit Nabelschnurblutserum geheilte Schwangerschaftsdermatose. Mitt. des Vereins der Aerzte in Steiermark. No. 8. p. 233.
57. Fries, H., Die Behandlung der Wehenschwäche, mit besonderer Berücksichtigung der Hypophysenextraktpräparate als Wehenmittel. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 37. p. 1730.
58. Fühner, H., Das Pituitrin und seine wirksamen Bestandteile. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 16. p. 852.
59. Garlock, W. S., Serum Therapy. Buffalo Med. Journ. May. p. 556.
60. Gauducheau, R., De la sérothérapie intensive dans les paralysies diphtériques. Gaz. méd. de Nantes. No. 48. p. 1017.
61. Gaujoux, Zur Behandlung der Meningokokken-Cerebrospinalmeningitis. Congr. Assoc. internat. de pédiatrie. Paris. 7—10. X.
62. Goebel, Pituglandol (Roche) als Wehenmittel. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1669.
63. Goldstein, Demonstration zu den Erkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion. (Idiotie mit gleichzeitiger Hypoplasie der Drüsen.) **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. No. 1.
64. Graff, Erwin von, Experimentelle Beiträge zur Serumtherapie des Tetanus. (Intravenöse Injektion.) Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 25. H. 1. p. 145.
65. Green, Charles C., Serum Treatment of Cerebrospinal Meningitis. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 2181. **(Sitzungsbericht.)**
66. Grinschgl, Alfred, Pituitrin als wehenerregendes und wehenverstärkendes Mittel. — Pituitrin als Blasentonikum. Mitteil. d. Vereins d. Aerzte in Steiermark. No. 5. p. 149.
67. Grünbaum, D., Pituitrin als wehenerregendes Mittel für die Privatpraxis nicht zu empfehlen? Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1787. **(Sitzungsbericht.)**
68. Derselbe, Weitere Erfahrungen über die Wirkung des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe. ibidem. No. 38. p. 2048.
69. Guelpa, Au sujet de la migraine et du traitement opothérapique. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIII. No. 12. p. 458.
70. Gussew, H. W., Das Pitutrin in der Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 52. p. 1755.
71. Hager, G., Pituitrin als Mittel zur Unterbrechung der Schwangerschaft bei Übertragung der Frucht. ibidem. No. 10. p. 304.
72. Hahl, Carl, Die Verwendbarkeit des Pituitrins in der Geburtshilfe. Prakt. Ergebnisse der Geburtshilfe. Bd. IV. H. 2. p. 243.
73. Hamm, A., Hypophysenextrakt als Wehenmittel bei rechtzeitiger und vorzeitiger Geburt. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 77.

74. Harris, D. L., The Production of Antirabic Immunity by Intraspinal Injections of Virus. The Journal of Infectious Diseases. Vol. XI. No. 3. p. 397—401.
75. Derselbe, Proprieties of Desiccated Rabies Virus and its Use in Antirabic Immunization. ibidem. May.
76. Hauch, E., and Meyer, L., Pituitrin som Ekbolikum. Hospitalstidende. April. 3.
77. Häuer, Ein mit Antitoxin Hoechst geheilter Fall von Tetanus traumaticus. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 33. p. 1811.
78. Heil, Karl, Über eine ungewöhnliche Wirkung des Hypophysenextraktes auf den gebärenden Uterus. Beitrag zu der Mitteilung von D. P. Patek in No. 33 d. Bl. Zentralbl. f. Gynaekol. No, 42. p. 1398.
79. Heilbronn, S., Zur Wirkung des Hypophysenextraktes in der Geburt. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 42. p. 2279.
80. Hell, Secarcornin oder Pituglandol? Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1814.
81. Hengge, Anton, Hypophysenextrakt und Dämmerschlaf in der praktischen Geburtshilfe. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 51. p. 2814.
82. Héresco, P., et Cealic, M., Le traitement des complications articulaires de la blénnorragie par les injections de sérum antiméningococcique. Journal d'Urologie. T. I. No. 4. p. 477.
83. Herff, Otto v., und Hell, Louis, Sekakornin oder Pituitrin unter der Geburt? Münch. Mediz. Wochenschr. No. 3. p. 132.
84. Herold, Arthur A., A Virulent Case of Epidemic-Cerebrospinal Meningitis, Four Hundred and Twenty Cubic Centimeters of Serum Administered; Recovery. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 6. p. 444.
85. Hirsch, E., Pituitrin in der Geburtshilfe. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 18. p. 985.
86. Hirsch, Joseph, Über die Anwendung des Hypophysenextraktes in der Geburtshilfe und Gynaekologie. Therapeut. Monatshefte. Nov. p. 790.
87. Hirsch, R. Frl., Zusammenfassende Übersicht über die Erfolge der Serumtherapie bei Cerebrospinalmeningitis. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. V. H. 5. p. 433.
88. Hochwald, Fritz, Über depressorische Tuberkintherapie. Wiener Mediz. Wochenschr. No. 47—48. p. 3109. 3165.
89. Hofbauer, J., Die Verwertung der Hypophysenextrakte in der praktischen Geburtshilfe. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1210.
90. Derselbe, Pituitrin. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1621.
91. Hoffmann, Kurt, Meine Erfahrungen mit Ovaradentriferin. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 21. p. 648.
92. Hoffmann, Ludwig, Lumbale Hypophysisinjektionen. Zeitschr. f. klin. Medizin. Bd. 76. H. 5—6. p. 496.
93. Höfler, M., Organotherapie bei Gallo-Kelten und Germanen. Janus. Febr. p. 3. 76—92. 191.
94. Hotel, G. d', Tétanos. Injection médullaire en déclivité bulbaire. Guérison. Echo méd. du Nord. No. 16. p. 194.
95. Houzel et Rançon, A propos des injections de sérum antitétanique. Gaz. des hôpit. No. 81. p. 1175.
96. Hoytema, D. G. van, Hypophysisextrakt (Hypophysin) in der Geburtshilfe und Gynaekologie. Ned. Maandschr. v. Verlosk. Vrouwenz en Kindesgeneesk. 1. 38. 142.
97. Huber, G., Zur Symptomatologie und Serumtherapie des Tetanus traumaticus. Inaug.-Dissert. Zürich.
98. Humpstone, O. Paul, Pituitary Extract in Inertia Uteri. The Amer. Journal of Obstetrics. Sept. p. 357.
99. Hynes, Edward G., The Use of the Flexner Serum in Cerebrospinal Meningitis. ibidem. May. p. 903.
100. Ischimori, K., Hypnotische Wirkung des Gehirnextraktes von in Schlaflosigkeit versetzten Tieren. Neurol. Centralbl. p. 1001. (Sitzungsbericht.)
101. Jacob, Sur la valeur préventive du sérum antitétanique dans les armées en campagne. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 14. p. 492.
102. Jaeger, Franz, Hypophysenextrakt als Wehenmittel. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 6. p. 297.
103. Jaschke, Rud. Th., Pituitrin als postoperatives Tonikum, mit besonderer Berücksichtigung der Blasenfunktion. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 30. p. 1661.
104. Jump, H. D., Use and Abuse of Thyroid in Obesity. Pennsylvania Med. Journ. Oct.
105. Kalefeld, Über Pituglandol in der Geburtshilfe des praktischen Arztes. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2272.
105a. Keyserlingk, Über Pituitrin. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 124. (Sitzungsbericht.)



106. Klein, Adrenalin und Pituitrin bei Dysmenorrhoë. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2898. **(Sitzungsbericht.)**
107. Kleinschmidt, H., Zur Frage der Wirksamkeit des Diphtherieserums bei Beteiligung des Nervensystems an der Erkrankung. Experimentelle Untersuchungen. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. Ergänzungsheft. p. 179.
108. Klotz, Rudolf, Pituitrintherapie bei Peritonitis. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 38. p. 2047.
109. Koch, Curt, Zur Behandlung schwerer Menorrhagien bei akut entzündlichen Adnexerkrankungen durch Portioinjektionen (Pituitrin, Secale). Archiv f. Gynaekol. Bd. 98. H. 2. p. 297.
110. Derselbe, Zur Behandlung der Osteomalacie mit Hypophysenextrakt. Medizin. Klinik. No. 25. p. 1022.
111. Koreck, Thyreoidin bei Hyperemesis gravidarum. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 43. p. 2035.
112. Kraïouchkine, W., Les vaccinations antirabiques à St. Pétersbourg. Rapport annuel du service antirabique à l'Institut Impérial de médecine expérimentale pour l'année 1910. Arch. des Sciences biol. de St. Pétersbourg. T. XVII. No. 3. p. 308.
113. Krakauer, Pituglandol bei Eklampsie. Berl. klin. Wochenschr. No. 49. p. 2317.
114. Kras, Über ein neues Tetanusheilverfahren. Wiener klin. Wochenschr. No. 2. p. 88.
115. Kupferberg, Wehenanregende und geburtsschmerzstillende Mittel. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1131. **(Sitzungsbericht.)**
116. Lackenbach, F. L., Rabies and Pasteur Treatment. California State Journal of Medicine. March.
117. Lagane, L., La médication hypophysaire. La Presse médicale. No. 59. p. 613.
118. Landrum, S. H., Serotherapy of Cerebrospinal Meningitis. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. May.
119. Lehmann, Franz, Zur Wirkung der Hypophysenextrakte. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 35. p. 1147.
120. Léopold-Lévi, Effets rapides et non thérapeutiques du traitement thyreoïdien. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXIII. No. 36. p. 644.
121. Derselbe, Migraine et traitements opothérapiques. Bull. gén. de Thérapeut. T. CLXIII. No. 10. p. 389.
122. Derselbe et Barthélémy, Obésité colossale avec infantilisme. Bons effets de l'opothérapie hypophyso-testiculaire. Gaz. des hôpit. p. 1238. **(Sitzungsbericht.)**
123. Levy, E., Die Behandlung der epidemischen Genickstarre durch Seruminjektionen in den Seitenventrikel. Bericht über einen geheilten Fall. Archiv f. Kinderheilk. Bd. 59. H. 1—2. p. 72.
124. Liepmann, W., Der Hypophysenextrakt in der Geburtshilfe. Therapeut. Monatshefte. Heft 8. p. 569.
125. Linser, Über die Behandlung der juckenden Hautkrankheiten mit normalem, menschlichem Serum. Dermatolog. Wochenschr. No. 13. p. 365.
126. Livon, Jean (fils), L'extrait d'hypophyse en obstétrique. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXIII. No. 28. p. 361.
127. Malinowsky, M., Über die Wirkung des Pituitrins auf die Uteruskontraktionen unter der Geburt. Vorläufige Mitteilung. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 43. p. 1425.
128. Martin, J. D., Treatment of Tetanus. New Orleans Med. and Surg. Journ. May.
129. Merkel, Friedrich, Über Pituglandol Roche. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1933. **(Sitzungsbericht.)**
130. Mohr, L., Grundlagen und Indikationen der Organotherapie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 22. p. 673.
131. Moon, S. B., Hydrophobia. 400 Patients Treated at Pasteur Institute of Virginia. Virginia Med. Semi Monthly. March.
132. Morisson et Mothes, Méningite cérébro-spinale guérie par trois injections de sérum. La Province médicale. No. 16. p. 182.
133. Mory, Ernst, Pituitrin als Wehenmittel. Inaug.-Dissert. Strassburg.
134. Munk, Fortschritte der Serumtherapie der letzten fünf Jahre. **Übersichtsreferat.** Medizin. Klinik. No. 11. p. 452. No. 27—28. p. 1120. 1163.
135. Münzer, Arthur, Zur prinzipiellen Begründung der Organtherapie. Berl. klin. Wochenschr. No. 43. p. 2022.
136. Murillo, F., Estudio experimental del suero antirrábico. Bol. del Inst. nacional de Higiene. 1911. No. 25.
137. Derselbe, Über 3000 mit der Högyesschen Methode prophylaktisch behandelte Fälle von Lyssa. Centralbl. f. Bakteriol. Originale. Bd. 62. H. 7. p. 606.
138. Myers, M. K., Case in Which Epilepsy in Adult Life Developed After the Over-Use of Thyroid Extract. Monthly Cyclopedia and Med. Bulletin. June.



139. Nay, Theodore, Wehenerregung und Wehenverstärkung durch Pituitrin. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 10. p. 300.
140. Niclas, J., et Moutot, H., Sclérodermie en plaques à forme mixte, lardacée et tubéreuse, avec guérison par la thyreoidine. Ann. de Dermatologie. T. III. No. 6. p. 344.
141. Oulmont et Dumont, J., Tétanos grave guéri par la sérothérapie. Gaz. des hôpit. p. 697. **(Sitzungsbericht.)**
142. Palmirski und Karlowski, Die Ergebnisse der Pasteurischen Impfung im Warschauer bakteriologischen Institute f. d. J. 1910. Gazeta lekarska. 47. 137—142.
143. Paoli, N. de, Über die Tuberkulin-Therapie — Behandlungsmethode von Pilcz und Wagner. Rassegna di studi psichiatrici. II. Bd. VI. Heft.
144. Parisot, J., et Spire, A., La médication hypophysaire en obstétrique. Revue méd. de l'Est. 1911. p. 737—748 u. 1912. p. 20—30.
145. Dieselben, L'emploi de l'extrait d'hypophyse en obstétrique, quelques essais. ibidem. 1911. p. 755—760.
146. Park, William H., The Dosage of Diphtheria and Tetanus Antitoxin as Determined by Animal Experimentation. Medical Record. Vol. 82. p. 1050. **(Sitzungsbericht.)**
147. Patek, Rudolf, Über eine ungewöhnliche Wirkung des Hypophysenextraktes auf den gebärenden Uterus. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 33. p. 1083.
148. Prausnitz, Carl, Bericht über die Tätigkeit der Wutschutz-Abteilung am Hygienischen Institut der Universität Breslau vom 1. April 1910 bis 31. März 1911. Klinisches Jahrbuch. Bd. 26. H. 3. p. 457.
149. Reynolds, Charles B., The Use of Pituitary Extract in Obstetrics. The Amer. Journal of Obstetrics. Oct. p. 518.
150. Riche, P., Un cas de mort rapide à la suite d'une injection de sérum antitétanique. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVIII. No. 13. p. 476.
151. Richter, J., Wehenschmerzstillende und wehenanregende Mittel in der Geburtshilfe. Wiener klin. Wochenschr. No. 13. p. 478.
152. Rieck, Pituitrin als Wehenmittel im Privathause nicht zu empfehlen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 15. p. 816.
153. Derselbe, Wider und für Pituitrin. ibidem. No. 52. p. 2872.
154. Roemer, R., Pituglandol in der geburtshilflichen Poliklinik. ibidem. No. 38. p. 2046.
155. Ross, Adolf, Ein Misserfolg bei Anwendung von Extraktum Hypophysis, gleichzeitig ein Beweis der Unschädlichkeit dieses Mittels. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 11. p. 321.
156. Salle, M., Trois observations d'urétrite blénorrhagique traitées par le sérum antiméningococcique. Guérison. Lyon médical. T. CXIX. No. 46. p. 817.
157. Schäfer, P., Erfahrungen mit Pituglandol. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 75.
158. Siegmund, Arnold, Aus Praxis und Theorie der Behandlung mit Thyreoidin und anderen Organstoffen. Wiener mediz. Wochenschr. No. 17. p. 1132.
159. Derselbe, Grundsätze und Grenzen der Behandlung mit Thyreoidin und anderen Organstoffen. ibidem. No. 24. p. 1614.
160. Siguret, A., Faits pour servir à l'étude de l'action ocytocique de l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse. Arch. mens. d'Obstétrique. Déc. 1.
161. Sikemeier, E. W., Die Hypophysis cerebri und das Pituitrin. Med. Revue. 12. 42.
162. Simon, Gerhard, Ueber die supraintensive Methode der Tollwutschutzimpfung Ferráns. Centralbl. f. Bakteriologie. Originale. Bd. 65. H. 4/5. p. 359.
163. Simpson, A. J., Case of Cerebrospinal Meningitis Treated with Antimeningitic Serum. Colorado Medicine. Febr.
164. Skutetzky, Alexander, Zur Serumbehandlung der epidemischen Zerebrospinalmeningitis. Prager Mediz. Wochenschr. No. 25. p. 368.
165. Somer, E. de, Über Organextrakte. Geneesk. Tijdschr. v. België. 3. 377.
166. Sophian, Abraham, A New Method for Controlling the Administration of Serum in Epidemic Meningitis. Preliminary Note. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 12. p. 843.
167. Derselbe and Black, J., Prophylactic Vaccination Against Epidemic Meningitis. ibidem. Vol. LIX. No. 7. p. 527.
168. Spire, A., et Parisot, J., Emploi de l'extrait d'hypophyse en obstétrique. Journal de Méd. de Paris. No. 19. p. 375 u. Revue pratique d'Obstétrique. Jan. XX. No. 1.
169. Starkenstein, Emil, Zur Pharmakologie des Pituitrins. Prager Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 15.
170. Starkey, Frank R., The Combined Use of Thyroparathyroid, Pituitary, Ovarian, and Testicular Extracts. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 24. p. 1257.
171. Stern, Heinrich, Weitere Erfahrungen mit der Schilddrüsentherapie. Berl. klin. Wochenschr. No. 48. p. 2253.
172. Steuernagel, Werner, Ueber Pituitrin. Inaug.-Dissert. Marburg.

173. Stolz, Max, Zur Verwertbarkeit der Hypophysenextrakte in der rechtzeitigen und vorzeitigen Geburt. Gynaekolog. Rundschau. No. 12. p. 891.
174. Szászy, St., Ohne Antitoxin geheilte Tetanusfälle. Gyógyászat. 52. 616.
175. Teleky, Dora, Organtherapie in der Gynaekologie. Wiener mediz. Wochenschr. No. 45. p. 2953.
176. Terrien, F., Paralysie des deux droits externes d'origine diphtérique. Traitement par la sérothérapie. Guerison. Bull. Soc. de Pédiatrie de Paris. Febr. XIV. No. 2.
177. Thaon, Paul, Accidents d'anaphylaxie sérique à forme anormale. Manifestations névritiques. Revue de Médecine. No. 9. p. 749.
178. Thiéry, Paul, Sur le sérum antitétanique. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVIII. No. 15. p. 516.
179. Tournier, Considérations sur le sérum antitétanique dans le tétanos. Thèse de Paris.
180. Toussaint, Sur les injections de sérum antitétanique. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 16. p. 554.
181. Trapl, G., Hypophysenextrakt in der Behandlung der Placenta praevia. Monatschr. f. Geburtshülfe. Bd. 36. H. 4. p. 393.
182. Turner, A. Logan, Reports for the Years 1910 and 1911 from the Ear and Throat Departement of the Royal Infirmary, Edinburgh. IV. A Contribution to Serum and Vaccine Therapy in the Treatment of Intracranial Complications of Middle-Ear Suppuration. The Journ. of Laryngol. Vol. XXVII. No. 6. p. 297.
183. Vayssières, Etude sur l'extrait d'hypophyse en tant qu'agent ocytocique. Thèse de Paris.
184. Veiel, Fritz, Ein Beitrag zur Serumbehandlung der Schwangerschaftsdermatosen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 35. p. 1911.
185. Viala, Jules, Les vaccinations antirabiques à l'Institut Pasteur en 1911. Annales de l'Inst. Pasteur. T. 26. No. 8. p. 653.
186. Voigt, J., Über die Wirkung des Pituitrins und seine Anwendung in der Geburtshilfe. Der Frauenarzt. Heft. 5. p. 214.
187. Voll, Pituitrinbehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 38. p. 2050.
188. Weil, Ludwig, Schilddrüsenpräparate gegen Sterilität? ibidem. No. 42. p. 2283.
189. Wells, S. T., Use of Flexners Antimeningitis Serum, Report of Cases. Mississippi Med. Monthly. March.
190. Widal, Fernand, et Weissenbach, La méningite à paraméningocoques traitée et guérie par le sérum antiparaméningococcique. Inefficacité du sérum antiméningococcique. Gaz. méd. de Paris. No. 156. 230. und Bull. Acad. de Médecine de Paris. T. LXVIII. No. 30. p. 81.
191. Wiedemann, Albert, Tetanus traumaticus mit Antitoxin Höchst und Blutserum einer geheilten Tetanuskranken geheilt. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 4. p. 196.

Die Ergebnisse dieses Jahres sind nur von geringem neurologischen Interesse. Im Mittelpunkte der Diskussion stehen die Wirkungen der Hypophysenextrakte auf die Uterusmuskulatur. Im folgenden seien kurz die Resultate zusammengestellt.

Stolz (173) kommt zu dem Resultat, daß die Hypophysenextrakte die Wehen nur unzulänglich verstärken.

Roemer (154) kommt zu einer gleichen Wertung des Pituglandol.

Ihnen schließen sich die Autoren **Schäfer** (157), **Hahl** (72) und **Richter** (151) an.

Im Gegensatz zu anderen will **Hamm** (73) bei der Anwendung des Pituitrin zum Zweck der Einleitung des künstlichen Abortes keine günstigen Erfahrungen gemacht haben.

Benthin (12, 13) hat die größte Wirksamkeit des Pituitrin bei Wehenschwäche in der Austreibungsperiode beobachtet.

Bovermann (21) beobachtete eine ungünstige Nebenwirkung des Pituitrin; 15 Minuten nach erfolgter Injektion verlor Pat. das Bewußtsein, Haut- und Schleimhautreflexe fehlten. Nach Stunden kam Pat. zu sich. Verf. führt den Kollapszustand auf die gefäßverengernde Wirkung des Pituitrin zurück.

Rieck (152, 153) berichtet von einer Komplikation bei Anwendung des Pituitrin, die in einer tetanischen Kontraktion der Unterusmuskulatur bestand.



Experimentelle Untersuchungen haben **Fühner** (58) zu dem Resultat geführt, daß Imidazolyläthylamin (Histamin) zwar wahrscheinlich nicht der wirksame Bestandteil des Pituitrin ist, daß die Substanz aber diesem pharmakologisch sehr nahe steht.

Weniger günstig sind die Erfahrungen von **Hirsch** (85), der das Pituitrin als kein direkt wehenanregendes Mittel betrachtet, aber dennoch seine günstige Wirkung auf die Kontraktionsfähigkeit der glatten Muskulatur hervorhebt.

Nach **Grinschgl** (66) ist das Pituitrin zur Einleitung des Abortes, der Frühgeburt oder Unterbrechung der Schwangerschaft absolut ungeeignet, wohl aber ist es als gutes Wehenmittel unter der Geburt zu betrachten.

Patek (147) berichtet von tetanischen Kontraktionen des Uterus bei Verabfolgung des Hypophysenextraktes. Verf. erörtert dabei die Frage, ob nicht die verschiedenen Drüsenabschnitte der Hypophyse teils wehenverstärkende, teils kontraktionserregende Wirkungen ausüben.

Auch nach **Eisenbach** (49) gelingt die Einleitung des künstlichen Abortes nicht durch Hypophysenextrakt. Er empfiehlt ihn aber besonders zur Behandlung von atonischen Blutungen und zur Anregung der Wehentätigkeit.

Fries (57) behauptet ebenfalls die Erfolglosigkeit des Mittels zur Einleitung von Fehl- und Frühgeburten.

Nach **Koch** (109, 110) hat sich Pituitrin auch bei der Behandlung unstillbarer Menorrhagien bewährt.

Jaschke (103) hebt neben der kardiovaskulären Wirkung des Mittels, die er in der Mehrzahl der Fälle beobachtete, die Anregung der Blasenfunktion hervor.

Höfler (93) gibt eine interessante historische Studie über die Organtherapie bei Gallokelten und Germanen. Sie ist zu einer detaillierten Besprechung nicht geeignet, verdient aber wegen der interessanten Einzelheiten auch an dieser Stelle hervorgehoben zu werden.

Aus dem Bericht von **Prausnitz** (148) über die Tätigkeit der Wutschutzabteilung in Breslau ist als bemerkenswert zu erwähnen, daß die Zahl der Behandelten im Vergleich zu früheren Jahren weiter gesunken ist. Alle anderen Daten haben geringes neurologisches Interesse.

Babès (9) warnt, bei Menschen frisches Virus zu injizieren, trotz der nicht ungünstigen Resultate bei Hunden. Er hält es aber nicht für notwendig, bei Menschen mit drei- bis viertägigem Virus zu beginnen, sondern man kann selbst vom ersten Tage an ein- bis zweitägiges Mark injizieren, wenn man den Organismus zugleich oder ein bis zwei Tage vorher mit Rückenmarksserum von sechs und mehr Tagen behandelt hat. (*Bendix.*)

Babès und **Bobes** (10) fanden, daß eine Verbesserung der antirabischen Behandlung bei Hunden dadurch zustande kommt, daß die Injektion von 6 bis 0 Tagen-Rückenmarksserien intramuskulär erfolgt. Bei dieser Behandlung waren die Tiere sogar gegen die schwere subdurale Infektion immun. Dagegen waren 10 Hunde, denen Passagevirus in Serien von 6 bis 0 Tagen an einem Tage intramuskulär injiziert wurden, zwar gegen die intramuskuläre Infektion immun, aber nicht gegen die schwere subdurale. (*Bendix.*)

Citelli (33) glaubt, die mit Erkrankungen der Nasenwege verbundenen psychischen Symptome wie Gedächtnisschwäche, affektive und intellektuelle Stumpfheit und Somnolenz auf Affektionen der benachbarten Hypophyse zurückführen zu können. Auf Grund dieser Annahme empfiehlt er neben der operativen Behandlung die Anwendung der Hypophysenextrakte. Er will damit gute Resultate erzielt haben.



Crohn (39) hat in 3 Fällen postdiphtherischer Lähmungen durch erneute Injektion von Heilserum gute Resultate erzielt, trotzdem er nur kleine Dosen (62000 I. E.) angewendet hat.

De Paoli (143) hat die Tuberkulintherapie nach Pilcz und Wagner in einem Falle von multipler Sklerose (!) syphilogenen Ursprungs, bei dem die spezifische Therapie mißglückt war, angewandt, und eine beträchtliche Besserung der Symptome beobachtet, die er der Sensibilisation des Organismus für das Quecksilber zuzuschreiben neigt. Seines Erachtens wäre dies der erste Fall von syphilogener Nervenkrankheit, der nach der Tuberkulinmethode mit Erfolg behandelt worden ist. (*Audenino.*)

Linser (125) berichtet über günstige Beeinflussung juckender Hautkrankheiten mit normalem menschlichen Serum.

Münzer (135) sucht theoretisch den Unterschied zwischen natürlicher Funktion und therapeutischer Aktion zu ermessen.

Levy (123) berichtet über einen geheilten Fall von epidemischer Genickstarre, bei dem das Serum in die Seitenventrikel injiziert wurde. Bei einem $3^1/_2$ Monatskinde mißglückten die Lumbalpunktionen. Darauf wurden je 8 ccm Serum in die Seitenkammern eingebracht. 6 Tage später trat eine deutliche Besserung ein. Der endgültige Erfolg wurde durch Taubheit und Lähmung beeinträchtigt. Das Verfahren selbst beschreibt Verf. so: Man geht in einen Seitenwinkel der großen Fontanelle ungefähr $2^1/_2$ cm von der Mittellinie entfernt ein. Die Nadel wird langsam und schräg gegen die Mittellinie eingeführt. Meist gelingt es, bei einer Tiefe von ca. 3 cm Liquor zu gewinnen. Unangenehme Zwischenfälle oder Folgen wurden nicht beobachtet.

Graff (64) kommt zu dem Ergebnisse, daß die intravenöse Seruminjektion beim Tetanus weit wirksamer ist, als bisher angenommen wurde. Sie dürfte im therapeutischen Effekt der in den letzten Jahren viel ausgeführten Duralinfusion am nächsten stehen, was vielleicht damit zusammenhängt, daß bei dieser der Übertritt in die Blutbahn sehr rasch vonstatten geht.

Bei intramuskulärer Toxininjektion wurde durch prophylaktische und gleichzeitige intravenöse Serumapplikation regelmäßig der Ausbruch des Tetanus verhindert; bei kurativer Anwendung konnte Lebensverlängerung, in einzelnen Fällen Heilung erzielt werden, nachdem es zu lokalem Tetanus gekommen war.

Ebenso wurde bei Toxininjektion in den Nerven das Auftreten von Tetanussymptomen in allen Fällen verhindert, wo das Serum prophylaktisch oder gleichzeitig gegeben worden war.

Chirurgische Behandlung.

Ref.: Dr. Ludwig Borchardt-Berlin.

1. Acconci, La rachianestesia tropococainica in ginecologia. Folia Gynaecologica. Vol. VII. fasc. II. p. 231.
2. Affanasjeff, N., Ueber subdurale Injektionen. Obosr. Psych. u. Neur. No. 10—12.
3. Allaire et Denès, Traitement de la Syringomyélie par les rayons x. Gaz. méd. de Nantes. No. 47. p. 997.
4. Allen, Freeman, Spinal Anesthesia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 21. p. 1841.
5. Allen, J. M., Spinal Anesthesia. Vermont Med. Monthly. Jan.
6. Allison, N., Artificial Tendons and Ligaments of Silk in Surgical Treatment of Paralyses. The Amer. Journ. of Surgery. Jan.



7. Derselbe, Surgical Treatment of Paralysis Following Anterior Poliomyelitis. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Jan.
8. Andrei, G., Contributo allo studio della rachinovocainizzazione con speciale riguardo all' azione di essa sul rene. Riv. ospedaliera. Vol. II. No. 9. p. 385.
9. Andrews, J. W., Spinal Anesthesia. Medical Record. 1913. Vol. 83. p. 362. **(Sitzungsbericht.)**
10. Anglada, J., et Mestrezat, W., Valeur pronostique et thérapeutique de la ponction lombaire dans l'urémie nerveuse. Montpellier méd. **35.** 60.
11. Anton, G., Balkenstich bei Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 1456. **(Sitzungsbericht.)**
12. Derselbe, Indikationen und Erfolge der operativen Behandlung des Gehirndrucks. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 6. p. 254.
13. Arrou, Rejet de matière cérébrale par les fosses nasales. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 39. p. 1435.
14. Audibert, P., L'élongation du plexus solaire comme traitement des crises gastriques du tabes. Thèse de Lyon.
15. Auerbach, Siegmund, und Grossmann, Emil, Über einen Fall von doppelseitigen mit Erfolg operierten Kleinhirncysten. Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. Bd. 25. H. 3. p. 454.
16. Austoni, Amatore, Ipofisectomia. Indicazioni, controindicazioni e scelta del metodo operativo. Padova. Premiata Soc. Coop. Tipografica.
17. Babcock, W. W., Spinal Anesthesia with Report of Surgical Cases. Surgery, Gynecol. and Obstetrics. Nov.
18. Babinski, Chaillous et Martel, de, Oedème aigu de la pupille. Crâniectomie décompressive. Guérison. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 382. **(Sitzungsbericht.)**
19. Dieselben, Stase papillaire bilatérale; cécité presque complète. Craniectomie décompressive sans incision de la dure-mère; guérison. Revue neurol. 1. S. p. 638. **(Sitzungsbericht.)**
20. Derselbe et Martel, de, Ablation d'une tumeur de la moelle. Guérison. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 383. **(Sitzungsbericht.)**
21. Bahnmüller, B., Zur Frage über den Wert der Kastration bei Epilepsia genuina. Oesterr. Wochenschr. f. Tierheilk. p. 319.
22. Bailey, Pearce, and Elsberg, Charles A., Spinal Decompression; Reports of Seven Cases and Remarks on the Dangers of and Justification for Exploratory Operations. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 10. p. 675.
23. Bainbridge, William Seaman, Spinal Analgesia. ibidem. Vol. LIX. No. 21. p. 1855.
24. Baisch, B., Fortschritte in der chirurgisch-orthopädischen Behandlung der spinalen und zerebralen Kinderlähmung. Münch. mediz. Wochenschr. No. 39. p. 2115.
25. Ballance, Charles A., Decompression in Ordinary Practice. Brit. Med. Journal. I. p. 608. **(Sitzungsbericht.)**
26. Batten, F. E., Celluloid Splints in the Treatment of Acute Poliomyelitis, Illustrated by Two Cases. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Clinical Section. p. 39.
27. Bondarew, J., Zur Frage der Foersterschen Operation bei Magenkrisen. Weljaminows chir. Arch. (Russ.) **28.** 87.
28. Bárány, Fraktur des Felsenbeins ohne Labyrinthstörungen. Wiener klin. Wochenschr. 1911. No. 32. **(Sitzungsbericht.)**
29. Barile, C., Modificazioni alla tecnica degli impianti nervosi. Riforma medica. Nov. 30.
30. Barker, Arthur E., A Fourth Report on Experiences with Spinal Analgesia in Reference to 2354 Cases. Brit. Med. Journal. I. p. 597.
31. Derselbe, Discussion on Partial Thyroidectomy under Local Anaesthesia, with Special Reference to Exophthalmic Goitre. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Surgical Section. p. 105.
32. Barksdale, J. W., Cranial Surgery. Mississippi Med. Monthly. Jan.
33. Bartlett, W., and Glennon, W. P., Surgical Treatment of Hyperthyroidism. Journ. of Missouri State Med. Assoc. June.
34. Bartow, Bernard, and Plummer, W. W., The Use of Intra-Articular Silk Ligaments in the Paralytic Joints of Poliomyelitis Anterior. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 393. **(Sitzungsbericht.)**
35. Bataski, Th., De la ponction lombaire comme moyen curatif de l'éclampsie. Ann. de Gynécologie. T. IX. Janv. p. 37.
36. Batten, Frederick E., The Use of Celluloid Splints in the Treatment of Cases of Poliomyelitis. The Lancet. II. p. 80.
37. Bauereisen, A., Ueber die Bedeutung der Tentoriumrisse für das neugeborene Kind. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 19. p. 1035.
38. Baumel, Jean, Bilan thérapeutique de la ponction lombaire. Ponction simple et ponction suivie d'injections médicamenteuses. Thèse de Montpellier.



39. Baumgarten, Egmont, Die durch nasale Operationen geheilten und gebesserten Sehstörungen. Arch. f. Laryngologie. Bd. 26. H. 1. p. 57.
40. Baumm, Bemerkung zu dem Aufsatz von Dr. Teobaldo Soli, Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen bei Neugeborenen. Archiv f. Gynaekol. Bd. 98. H. 1. p. 220.
41. Beckmann, W., Über vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie. Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. 35. H. 2. p. 168.
42. Bednarski, A., Über die Dekompressionsoperationen bei Erkrankungen des Sehnerven. Arch. f. Augenheilk. Bd. LXXII. H. 1. p. 84.
43. Behle, A. C., Hypophysis Cerebri and its Importance to Surgeon. Northwest Medicine. June.
44. Bejav, J., Quelques cas de rachistovaïnisation par la méthode d'Adrien Poënovo (de Gaïova). Bull. Soc. des Sciences méd. de Bucarest. 1911. p. 78.
45. Bérard, Interventions multiples sur les regions mastoïdiennes et craniennes pour des troubles inflammatoires et nerveux psychiques, consécutives à une otite moyenne avec simulation. Lyon médical. T. CXIX. u. 361. **(Sitzungsbericht.)**
46. Berger und Schwab, M., Die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen auf Struma und Morbus Basedowii. **Sammelbericht** an der Hand einer von der Redaktion der Dtsch. mediz. Wochenschr. veranstalteten Umfrage. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 23. p. 1097.
47. Bériel, L., et Drey, Syndrome de tumeur cérébrale. Trépanation décompressive. Lyon médical. 1913. T. CXX. p. 147. **(Sitzungsbericht.)**
48. Berndt, F., Ersatz von Schädel- und Duradefekten. Bemerkungen zu den Mitteilungen von Röpke (No. 35) und Kleinschmidt (No. 33 dies. Bl.). Zentralbl. f. Chirurgie. No. 48. p. 1636.
49. Bettinger, De la rachicocaïnisation suivant le procédé du docteur Le Filliatre (en particulier pour l'anesthésie de moitié supérieur du corps). Thèse de Paris.
50. Beule, Fr. de, Über physiologische Exstirpation des Ganglion Gasseri bei hartnäckiger Trigeminusneuralgie. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. 3. 319. **(Sitzungsbericht.)**
51. Beyer, Ein Fall von operativ geheilter Cholesterincyste des Kleinhirns. Dtsch. Ztschr. f. Chirurgie. Bd. 115. H. 5—6. p. 577.
52. Biehl, C., Ein neuer Weg für Eingriffe an der Hypophyse und am Sinus cavernosus. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 2. p. 1.
53. Bier, Lokalanästhesie bei Trepanationen. Berliner klin. Wochenschr. p. 1208. **(Sitzungsbericht.)**
54. Biesalski, Zur Pathologie und Therapie der schlaffen und spastischen Lähmungen. ibidem. p. 961. **(Sitzungsbericht.)**
55. Derselbe, Behandelte schwere Fälle von schlaffer und spastischer Lähmung. ibidem. p. 2434. **(Sitzungsbericht.)**
56. Billens, Gottfried, Über Sakralanästhesie mit besonderer Berücksichtigung ihrer Verwertung in der Gynaekologie. Inaug.-Dissert. Bonn.
57. Binswanger, Ueber die Indikation der Operation bei Epilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1575. **(Sitzungsbericht.)**
58. Derselbe, Fall von Schädeltrauma. ibidem. p. 1979. **(Sitzungsbericht.)**
59. Derselbe, Trepanation bei Hirntumor. Rückbildung desselben. Neurol. Centralbl. p. 1458. **(Sitzungsbericht.)**
60. Bogojawlensky, N. F., Intrakranieller Weg zur Hypophysis cerebri durch die vordere Schädelgrube. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 7. p. 209. u. Terapewtitsch Obosrenje. 5. 78.
61. Böhm, Max, Erfolge der modernen Orthopädie. Medizin. Klinik. Beiheft. No. 8.
62. Bökelmann, Erfahrungen über die Wirkung der Spinalnarkose bei tabischen Viscerakrisen. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 167. **(Sitzungsbericht.)**
63. Bondarew, J., Zur Frage der Foersterschen Operation bei Magenkrisen. Wiljaminow's chir. Arch.
64. Bonsdorff, Hj. v.: Om operativ behandling af gastriska kriser vid tabes dorsalis. Finska läkaresällskapets handlingar. Bd. 54. S. 112.
65. Borchardt, 1. Chirurgische Behandlung der Epilepsie. 2. Entfernung eines Tumors der rechten Kleinhirnhemisphäre. 3. Operation bei Meningitis serosa circumscripta. 4. Traumatisches Aneurysma der A. axillaris. Berl. klin. Wochenschr. p. 2435. **(Sitzungsbericht.)**
66. Borchers, Eduard, Die supraclaviculäre Anästhesierung des plexus brachialis. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 26. p. 873.
67. Bornhaupt, L., Nach Foerster operierte spastische Parese des linken Arms. St. Petersburger Mediz. Ztschr. 1913. p. 12. **(Sitzungsbericht.)**
68. Derselbe, Fall von Kinderlähmung. (Foerstersche Operation.) ibidem. p. 287. **(Sitzungsbericht.)**



69. Derselbe, Zur operativen Behandlung der traumatischen Epilepsie. ibidem. p. 346. **(Sitzungsbericht.)**
70. Bottomley, John T., The Surgical Treatment of Injuries of the Spinal Column Affecting the Cord. The Boston Med. and Surg. Journ. Vol. CXLVII. No. 20. p. 691.
71. Bouché, Georges, La craniectomie décompressive. Journal de Neurologie. No. 16—20. p. 301. 321. 341. 361. 387.
72. Bouquet, Enfoncement de la voûte du crâne datant de deux mois. Troubles de la mémoire. Trépanation. Guérison. La Tunisie médicale. 1911. No. 9. p. 334.
73. Bovis, R. de, La décapsulation rénale et ses résultats dans l'éclampsie puerpérale. La Semaine médicale. No. 1. p. 3.
74. Derselbe, A propos du traitement de l'éclampsie par la trépanation: essai d'une nouvelle théorie nerveuse de cette affection. ibidem. No. 12. p. 133.
75. Brandes, 1. Behandlung der spondylitischen Lähmungen. 2. Ersatz des gelähmten Quadrizeps durch Sehnentransplantation. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1017. **(Sitzungsbericht.)**
76. Braun, Projektionsbilder zur Lokalanästhesie am Schädel. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2388.
77. Braun, Ernst, Die Schussverletzungen des Schädels in kriegschirurgischer Hinsicht. Inaug.-Dissert. Bonn.
78. Brill, A., Über den Balkenstich. Inaug.-Dissert. Göttingen.
79. Broca, Aug., Fracture du conduit auditif externe. La Presse médicale. No. 15. p. 155.
80. Derselbe, Trépanation palliative pour tumeurs cérébrales. Arch. de Méd. des enfants. Aug.
81. Broeckaert, Jules, Contribution à la chirurgie de l'hypophyse. La Presse oto-laryngol. No. 7. p. 297.
82. Brun, H., Bemerkungen zu hirnchirurgischen Fällen. Neurol. Centralbl. 1913. p. 326. **(Sitzungsbericht.)**
83. Brüning, Aug., Beitrag zur Duraplastik. Dtsch. Ztschr. f. Chirurgie. Bd. 113. H. 3—4. p. 413.
84. Bungart, J., Ein Beitrag zur Frage der Behandlung gastrointestinaler Krisen bei Tabes dorsalis durch Resektion hinterer Dorsalwurzeln. (Förstersche Operation.) Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. Bd. 25. H. 4. p. 702.
85. Burkhardt, Über die Exstirpation des Ganglion Gasseri. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2704. **(Sitzungsbericht.)**
86. Bursche, Emil, Zwei operierte Fälle von Cephalocele. Przglad chirurgiczny i ginekologiczny. 7. 29.
87. Bychowski, Z., Beiträge zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung der Gehirnkrankheiten. Medycyna. No. 22. 23.
88. Cade, A., et Leriche, A., L'opération de Franke dans un cas de crise gastrique rebelle au cours du tabes. La Presse médicale. No. 25. p. 250.
89. Campen, J. van, Trepanation unter lokaler Anästhesie. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56. II. 1582. **(Sitzungsbericht.)**
90. Carr, W. P., Operation for Tumor of Brain. Washington Medical Annals. March.
91. Castle, H. E., Experimental Surgery of Hypophysis Cerebri. California State Journal of Medicine. Aug.
92. Chalier, André, et Bonnet, Paul, La névrotomie du laryngé supérieur. Lyon médical. T. CXVIII. p. 780. **(Sitzungsbericht.)**
93. Dieselben, La névrotomie du nerf laryngé supérieur dans la dysphagie des tuberculeux. Données anatomiques, Indications. Technique. La Presse médicale. No. 92. p. 931.
94. Dieselben et Gignoux, Résection de la branche interne du nerf laryngé supérieur comme traitement de la dysphagie par cancer du larynx. Lyon médical. T. CXIX, p. 1090. **(Sitzungsbericht.)**
95. Chaput, H., Technique de l'anesthésie lombaire à la novocaïne. Journal de Méd. de Bordeaux. Sept. 29.
96. Chiasserini, A., Experimental Research on Surgery of the Hypophysis cerebri. Policlinico. Nov. 24.
97. Chiray et Rolland, J., Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne non traumatique à „forme jacksonienne". Craniectomie. Guérison. Gaz. des hôpit. p. 1043. **(Sitzungsbericht.)**
98. Citelli, S., True Serous Meningitis Cured by Operation. Journ. of Laryngology. Dec.
99. Clark, L. Pierre, and Taylor, Alfred S., An Analysis of the Results of Dorsal Root Section in the Treatment of the Spastic State of Cerebral Diplegia. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 15—16. p. 729. 789.
100. Clarke, Colin, Nerve-Ending Anaesthesia. The Lancet. II. p. 509.
101. Clarke, J. Michell, Removal of Extramedullary Tumour of Cervical Cord: Recovery. Area of Supply of Eighth Cervical and First Dorsal Posterior Roots. Brit. Med. Journal. I. p. 175.



102. Claude, Henri, Le traitement opératoire de l'épilepsie. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 11. p. 442.
103. Claus, Die Heilerfolge der modernen Oto-Chirurgie bei intrakraniellen Komplikationen von Mittelohreiterungen. Therapeut. Monatshefte. H. 6. p. 425.
104. Coenen, Über Chondrome der Schädelbasis und deren operative Behandlung. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 1527. (Sitzungsbericht.)
105. Coley, William B., Bullet Wound of the Spinal Cord between the First and Second Dorsal Vertebrae; Laminectomy; Removal of the Bullet; Complete Recovery. Annals of Surgery. July. p. 60.
106. Collier, G. K., Practical Results of Surgery in Epilepsy. New York State Journ. of Medicine. Nov.
107. Comby, J., Craniectomie décompressive chez les enfants. Arch. de méd. des enfants. No. 8. p. 614.
108. Cooney, N. C., Vaginal Cesarean Section in Cases of Eclampsia. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 745. (Sitzungsbericht.)
109. Corner, Edred M., and Bashall, C. E., Amputation in Infantile Paralysis. The Lancet. II. p. 874.
110. Coste, Th., Die operative Therapie der Rückenmarksverletzungen. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 2. p. 55.
111. Derselbe, Facialisanastomosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. V. H. 9. p. 849.
112. Cotte et Eparvier, Fracture du crâne avec hémorragie sous-arachnoïdienne secondaire. Lyon médical. T. CXIX. p. 384. (Sitzungsbericht.)
113. Cramer, Extradurale Anästhesie. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1524.
114. Cramer, Alec, La ponction lombaire. Revue méd. de la Suisse Romande. No. 5. p. 353.
115. Crile, G. W., End-Resultat of Operation in Exophthalmic Goiter. Southern Med. Journ. Febr.
116. Derselbe, Surgical Aspects of Exophthalmic Goiter. Amer. Journ. of Surgery. Jan.
117. Crouzon, O., et Folley, Radiothérapie du goitre exophtalmique. Gaz. des hopitaux. p. 1991. (Sitzungsbericht.)
118. Cunéo, Paraplégie spasmodique. Opération de Förster. Amélioration considérable. Bull. Soc. de Chirurgie de Paris. T. 38. No. 21. p. 792.
119. Curtis, R. M., Case of Trephining in Epilepsy. Australasian Med. Gazette. July 6.
120. Degorce et Mouzels, Hydrencéphalocèle opérée chez un enfant de quatre jours. Bull. Soc. méd.-chir. de l'Indo-Chine. 1911. No. 8. p. 588—590.
121. Delangre, Sciatique radiculaire traitée par la libération et la dissociation de la V. paire lombaire. Assoc. franç. de Chirurgie. 1911. 2.—7. Oct.
122. Delbet, Pierre, Rétraction des fléchisseurs des doigts avec lésions du médian et du cubital. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 26. p. 984.
123. Delmas, Jean, La ponction lombaire chez le nouveau-né. Le Progrès médical. No. 7. p. 88.
124. Delneuville et Grenade, Blessure du sinus latéral par coup de feu. Trépanation. Extraction du projectile. Guérison. La Presse oto-laryngol. No. 4. p. 165.
125. Delore, X., et Perrenot, Déchirure du sinus latéral dans une fracture du crâne. Lyon chirurgical. June.
126. Delrez, L., L'opération de Foerster. Arch. gén. de Chirurgie. Febr.
127. Demmer, Fritz, Klinische Studien über Kropfoperationen nach 600 Fällen. Medizin. Klinik. No. 48—51. p. 1948. 1988. 2034. 2071.
128. Dench, E. B., Division of Auditory Nerve for Persistent Tinnitus; Operation; Recovery. Interstate Med. Journ. Jan.
129. Denk, Wolfgang, Über den Ersatz von Duradefekten durch frei transplantierte Fascie. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 97. H. 2. p. 458.
130. Denker, 1. Zur operativen Behandlung der traumatischen Meningitis. 2. Fall von Schädelfraktur. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2367. 2368. (Sitzungsbericht.)
131. Denslow, L. N., A Surgical Treatment of Locomotor Ataxia. London. Baillière, Tindall and Cox.
132. Deutschländer, Behandlung von Hydrocephalus nach Balkenstich. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1260.
133. Doberer, Zur Technik und Kasuistik der Epilepsieoperationen. Wiener klin. Wochenschr. No. 10. p. 370.
134. Doepfner, Karl, Die Contrecoup-Quetschung des Hirns und die Contrecoup-Fraktur des Schädels. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 116. p. 44.
135. Dörner, Desiderius, Experimentelle Beiträge zur Gehirnpunktion. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 5. p. 528.



136. Drew, Douglas, Cases Illustrating Late Results of Muscle Transplantation for the Relief of Talipes Valgus (Paralytic). Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 4. Sect. for the Study of Disease in Children. p. 121.
137. Dreyfus, Robert, Ein Kaiserschnitt bei Eklampsie. Strassburg. Mediz. Ztg. No. 5. p. 123—125.
138. Dunhill, T. P., Partial Thyroidectomy under Local Anaesthesia, with Special Reference to Exophthalmic Goitre. An Address Introductory to a Discussion on the Subject. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 5. Surgical Section. p. 61. u. The Lancet. I. p. 422.
139. Durand, Sur deux cas d'anesthésie rachidienne. Lyon médical. T. CXIX. p. 282. **(Sitzungsbericht.)**
140. Duroux, E., Greffes de nerfs pneumogastriques. Résection bilatérale des pneumogastriques chez le chien dans leur portion cervicale. Application dans la même séance de deux greffes de nerfs sciatiques. Survie de l'animal. La Province médicale. No. 16. p. 182. und Lyon médical. T. CXVIII. No. 9. p. 475.
141. Derselbe, Greffes nerveuses chez l'homme. La Province médicale. No. 24. p. 272. und Lyon chirurgical. 1911. 1. Nov.
142. Derselbe, Résultats cliniques des greffes nerveuses. Lyon chirurgical. Dec.
143. Eagleton, P., Operative Behandlung intrakranieller Komplikationen von Ohrkrankheiten. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 873. **(Sitzungsbericht.)**
144. Eastman, J. R., Control of Bleeding in Brain Operations. Journ. of Ophthalmol. June.
145. Eiselsberg, A. Freiherr v., Meine Operationsresultate bei Hirntumoren. Wiener klin. Wochenschr. No. 1. p. 17.
146. Derselbe, Zur Operation der Hypophysengeschwülste. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 100. H. 1. p. 8.
147. Derselbe u. Frankl-Hochwart, L. v., Zur Kenntnis der operativen Behandlung der Kleinhirncysten. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie. Bd. 24. H. 2. p. 311.
148. Eliasberg, J., Über palliative Schädeltrepanation bei Stauungspapille. Aerzte-Ztg. (Russ.) **19.** 381.
149. Elsberg, Charles A., Some Features of the Gross-Anatomy of the Spinal Cord and Nerve Roots, and their Bearing on the Symptomatology and Surgical Treatment of Spinal Disease. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Dez. p. 799.
150. Derselbe, 1. Laminectomy for Spinal Tumors. 2. Experiences with Laminectomy. Medical Record. Vol. 81. No. 13. p. 644. **(Sitzungsbericht.)**
151. Derselbe, Surgery of Intramedullary Affections of the Spinal Cord. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 17. p. 1532.
152. Derselbe, Observations upon a Series of Fourty-Three Laminectomies. Annals of Surgery. Febr. p. 217.
153. Ely, L. W., Simple Operation for Relief of Deformity in Certain Cases of Volkmanns Paralysis. Amer. Journ. of Orthopedic Surgery. Nov.
154. Farrell, Benjamin P., The Operative Treatment of Potts Disease. Medical Record. Vol. 81. p. 544. **(Sitzungsbericht.)**
155. Favre, Charles, Un cas de fracture du crâne sans signes locaux, mais avec accidents cérébraux localisés, guéri par la trépanation. Revue méd. de la Suisse Romande. No. 5. p. 391.
156. Feiss, H., Nerve Fusion and its Bearing on the Treatment of Infantile Paralysis. Review of Neurol. **10.** 509.
157. Ferraton, Fracture comminutive de l'humérus par balle de fusil de guerre. Destruction du nerf radial au niveau de la gouttière de torsion. Suture secondaire. Retour des fonctions. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVIII. No. 7. p. 299.
158. Ferreri, G., La ponction lombaire dans les suppurations auriculaires des diabétiques. Arch. internat. de Laryngol. T. 34. No. 2. p. 329.
159. Finkelstein, Julius, Ein neuer Apparat für sterile Blutentnahme aus der Vene (zur Aussaat und Wassermannschen Reaktion) und für Entnahme von Cerebrospinalflüssigkeit. Berl. klin. Wochenschr. No. 48. p. 2278.
160. Finsterer, Hans, Zur Technik der paravertebralen Leitungsanästhesie. Centralbl. f. Chirurgie. No. 18. p. 601.
161. Fischer, B., Frische Schädelfrakturen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1131. **(Sitzungsbericht.)**
162. Derselbe, Schussverletzungen des Gehirns. ibidem. p. 1735. **(Sitzungsbericht.)**
163. Florowsky, W. W., Zur Kasuistik der Schädelstichwunden. Aus dem Russischen übersetzt von Curt von Dehn, Riga. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 3—4. p. 359. (cf. Kapitel Kriminalanthropologie.)
164. Foerster, Zur Frage der Operabilität der Hirntumoren. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1763.



165. Derselbe, Sehnenplastik bei Lähmung der Fingerbeuger durch Haematomyelie. ibidem. p. 1763.
166. Foerster, C., Über die Anwendung der Neisserschen Hirnpunktion bei diffusen Erkrankungen des Gehirns. Berl. klin. Wochenschr. p. 670. (Sitzungsbericht.)
167. Forsee, C. G., Operation for Traumatic Epilepsy. Kentucky Med. Journal. Aug. 15.
168. Förster, Behandlung spastischer Lähmungen mittels Resektion hinterer Wurzeln. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 829.
169. Förstige, Richard, Ueber die chirurgische Behandlung des Morbus Basedowii. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
170. Français, Henri, La trépanation cranienne décompressive pour tumeur de la base du cerveau. Epilepsia. Vol. III. u. Bull Soc. de Chir. de Paris. 1911. T. 37. No. 9—14.
171. Franke, Felix, Nervenextraktion bei gastrischen Krisen. Nachtrag zu: Ueber gastrische Krisen. (Kritisches Sammelreferat.) von Kurt Singer. 1911. No. 48. Berl. klin. Wochenschr. Berl. klin. Wochenschr. No. 2. p. 73.
172. Fränkel, Manfred. Die Bekämpfung sexueller Reize und Ueberreize durch Röntgenstrahlen. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 14—16. p. 417. 449. 483.
173. Franz, Operativ behandelter Fall von Morbus Basedowii. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1666.
174. Fraser, J. S., and Dickie, J. K. Milne, Report of the Yearths 1910 and 1911 from the Ear and Throat Departement of the Royal Infirmary. Edinburgh. Part. I. An Analysis of 123 Consecutive Cases in which Operations were Performed for the Relief of the Mastoid, Labyrinthine and Intra-cranial Complications of Suppurative Otitis Media. The Journ. of Laryngology. Vol. XXVII. No. 3—4. p. 133. 191.
175. Frauenthal, Henry W., The Benefit Derived from Treatment in Birth (Erbs) Paralysis. Medical Record. Vol. 81. p. 393. (Sitzungsbericht.)
176. Frazier, C. H., Rhizotomy for the Relief of Gastric Crises in Tabes dorsalis. The Journal of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 686. (Sitzungsbericht.)
177. Derselbe, Surgery of the Central Nervous System. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 1147. (Sitzungsbericht.)
178. Derselbe, Some Problems and Procedures in the Surgery of the Spinal Canal. Medical Record. Vol. 82. p. 917. (Sitzungsbericht.)
179. Derselbe, Case of Intracranial Division of Auditory Nerve for Persistent Aural Vertigo. Surgery, Gynecol- and Obstetrics. Nov.
180. Derselbe, Consideration of Procedures Adapted to the Exposure of the Structures at the Base of the Skull. Medical Record. Vol. 82. p. 1006. (Sitzungsbericht.)
181. Derselbe and Mills, Charles K., Intradural Root Anastomosis for the Relief of Paralysis of the Bladder and the Application of the Some Method in Other Paralytic Affections. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No, 25. p. 2202.
182. Friedrich, Ein Beitrag zur epiduralen Injektion. Therapeut. Monatshefte. No. 6. p. 432.
183. Fromowicz, Therapeutischer Erfolg systematischer Lumbalpunktionen mit Duraschlitzung bei Hydrocephalus chron. int. ventr. Mitteil. d. Ges. f. innere Medizin in Wien. 7. Nov.
184. Gaspero, H. di, und Streissler, E., Neurologische und chirurgische Mitteilungen über eine operativ geheilte Kleinhirn-Gliacyste. Beitr. z. klin. Chir. Bd. LXXXI.
185. Gaugele, Über die Erfolge der Försterschen Operation bei der Littleschen Krankheit. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 629.
186. Gayet, G., Trépanation explorative pour accidents cérébraux d'origine ottique. Lyon médical. T. CXIX. p. 394. (Sitzungsbericht.)
187. Derselbe, Le traitement chirurgical de la pachyméningite hémorrhagique. ibidem. T. CXVIII. No. 6. p. 287.
188. Gehuchten, Van, Intervention sur l'hypophyse pour tumeur sellaire avec symptômes acromégaliques. Bull. Acad. Royal de Méd. de Belgique. No. 1. p. 37.
189. Derselbe, Die Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln, eine Behandlung gewisser Formen spastischer Paraplegie (mit kinematographischen Lichtbildern). Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. 3. 333. (Sitzungsbericht.)
190. Heimanowitsch und Istomin, Über Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln (nach Foerster) bei spastischen Erscheinungen. Anwendung derselben bei Schusshämatomyelie. Weljaminows chir. Archiv. (russ.). 28. 31.
191. Gekeler, F., Ein Beitrag zur operativen Behandlung der Epilepsie. Inaug.-Dissert. Tübingen.
192. Gibson, J. L., Importance of Lumbar Puncture in Plumbic Ocular Neuritis of Children. Australasian Med. Gazette. Jan. 13.
193. Gilles, R., Operative Treatment of Meningeal Hemorrhage in the Newly Born. Revue mens. de Gynéc. Aug.



194. Ginsburg, Adele, Beitrag zur operativen Behandlung der Schädelbasisfrakturen. Inaug.-Dissert. Königsberg.
195. Girou, Section traumatique du sciatique. Suture au cinquantième jour. Guérison. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 38. p. 1397.
196. Goebel, Freie Muskeltransplantation. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2051.
197. Goebel, W., Ueber die perkutorische Diagnose von Schädelbrüchen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 42. p. 1981.
198. Goetze, Otto, Verwendung eines Rinnenbohrers zur Hirnpunktion. ibidem. No. 7. p. 318.
199. Goldenberg, Spastische Diplegie. Förstersche Operation. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 877.
200. Goldsmith, W. S., Ligation of the Thyroid Vessels in Exophthalmic Goiter. Journ. of the Med. Assoc. of Gegoria. July.
201. Gorbunow, G., Fall von neuroparalytischer Keratitis nach Trigeminusresektion. Prakt. Arzt. (russ.) 11. 306 (321).
202. Goumy et Ouin, Fractures multıples de la voûte du crâne avec enfoncement compliquées de plaies. Double trépanation. Guérison. Gaz. des hopitaux. p. 1044. **(Sitzungsbericht.)**
203. Graham, H. B., Operative Procedure in Hypophyseal Affections. California State Journ. of Medicine. June.
204. Gray, H. Tyrrell and Parsons, Leonard, Blood-Pressure Associated with Lumbar-Puncture, and the Induction of Spinal Anaesthesia. The Quart. Journ. of Medicine. Vol. 5. No. 19. p. 339.
205. Grégoire, Raymond, Traitement des fractures de la base du crâne. Paris médical. 1911. No. 45. p. 395—400.
206. Grenade, L., Anévrisme intra-crânien traumatique. Lignature de la carotide primitive. Présentation du patient 18 mois après l'intervention. Ann. Soc. méd.-chir. de Liège. 51. 59.
207. Derselbe, Blessure du crâne par arme à feu. Extraction du projectile logé dans l'encéphale ibidem. 51. 54.
208. Grimm, Hermann, Über neuere Glaukomoperationen. Inaug.-Dissert. Jena.
209. Grosshart, R., Fracture of Skull: Fifteen Recent Cases. Journal. of Oklahama State Med. Assoc. Nov.
210. Guleke, Die Förstersche Operation. Kritisches **Übersichtsreferat.** Münch. Mediz. Wochenschr. No. 31—32. p. 1720. 1769.
211. Derselbe, Dauererfolge der Försterschen Operation bei gastrischen Krisen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 877.
212. Günther, Kurt, Die chirurgische Behandlung tabischer Gelenke. Inaug.-Dissert. 1911. Berlin.
213. Haberer, v., Deckung des rechten Seitenventrikels. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 876.
214. Derselbe, Fall von Försterscher Operation. Wiener klin. Wochenschr. p. 1277. u. 1913. p 39. **(Sitzungsbericht.)**
215. Derselbe, Fall schwerer Impressionsfraktur des Schläfen- und eines Teiles des linken Scheitelbeines. ibidem. p. 1305. **(Sitzungsbericht.)**
216. Hachfeld, Fall von extraduralem traumatischem Haematom. St. Petersb. mediz. Wochenschrift. p. 144. **(Sitzungsbericht.)**
217. Hackebusch und Rose, Über einen Fall von Operation eines linksseitigen Hirnhemisphärentumors. Sowremennaja psich. 1911. No. 1.
218. Haeckel, Über die Förstersche Operation bei Rückenmarkserkrankungen. Neurol. Centralbl. p. 536. **(Sitzungsbericht.)**
219. Haenisch, Röntgenogramme bei Schädelfrakturen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. p. 1406. **(Sitzungsbericht.)**
220. Haertel, Behandlung schwerer Trigeminusneuralgien durch Alkoholinjektionen im Ganglion Gasseri. Berl. klin. Wochenschr. p. 2337. **(Sitzungsbericht.)**
221. Haggard, W. D., Cesarean Section for Puerperal Eclampsia. Report of Three Successful Cases with Three Living Children. Journal of the Tennessee State Med. Assoc. Febr.
222. Derselbe, Surgical Management of Exophthalmic Goiter. ibidem. Sept.
223. Haines, W. D., The Surgical Importance and Treatment of Hyperthyroidism. Medical Record. Vol. 82. p. 1007. **(Sitzungsbericht.)**
224. Hammerschlag, Victor, Ein Fall von operativ geheiltem otogenen Hirnabszess bei einer 57 jährigen zuckerkranken Frau. Wiener mediz. Wochenschr. No. 12. p. 780.
225. Härtel, Fr., Totalanästhésie der einen Kopfhälfte. Berliner klin. Wochenschr. p. 1208. **(Sitzungsbericht.)**

226. Derselbe, Intrakraniale Leitungsanästhesie des Ganglion Gasseri. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 21. p. 705.
227. Derselbe, Die Leitungsanästhesie und Injektionsbehandlung des Ganglion Gasseri und der Trigeminusstämme. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 100. H. 1. p. 193.
228. Derselbe, Behandlung schwerer Trigeminusneuralgien durch Alkoholinjektionen ins Ganglion Gasseri. Berliner Ges. f. Chirurgie. 25. XI.
229. Hartmann, Henri, Kyste du cerveau. Exstirpation. Guérison. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 32. p. 1215.
230. Haynes, Irving S., The Surgical Treatment of Meningitis. Its Scope and Accomplishement. The Laryngoscope. Vol. 22. No. 6. p. 865.
231. Hecht, D'Orsay, Surgery of the Spinal Cord from the Neurological Standpoint. Medical Record. Vol. 82. p. 917. **(Sitzungsbericht.)**
232. Heidenhain, L., Laminektomie in Lokalanästhesie. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 9. p. 281.
233. Heile, B., Zur Behandlung der Ischias scoliotica durch epidurale Injektionen. Neurol. Centralbl. p. 596. **(Sitzungsbericht.)**
234. Derselbe, Zur Försterschen Operation. Spastische Zustände und sensible Krisen (Tabes) durch Resektion der hinteren Stränge des Rückenmarks zu bessern. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 3. p. 129.
235. Heinlein, Durchtrennung und Naht des N. laryngeus superior. ibidem. p. 1633. **(Sitzungsbericht.)**
236. Helm, H., Unsere Lumbalanästhesie. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 81. p. 425.
237. Helsted, A., Zur Behandlung der Meningocele spuria traumatica. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 98. H. 4. p. 1076.
238. Derselbe, Traumatic Pseudomeningocele. Hospitalstidende. Aug. 28.
239. Henke, Fritz, Über den gegenwärtigen Stand der Therapie der eitrigen Meningitis. Beihefte zur Medizin. Klinik. Heft 2. p. 33.
240. Henschen, Karl, Diagnostik und Operation der traumatischen Subduralblutung. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 99. H. 1. p. 67.
241. Herff, Otto v., Zur Behandlung der Schädelbrüche der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 39. p. 1265.
242. Herschel, Die operative Behandlung der otogenen Meningitis. Münch. Mediz. Wochenschrift. p. 2131. **(Sitzungsbericht.)**
243. Herz, M., Treatment of Spastic Paralysis. Australasian Med. Gazette. Dec.
244. Herz, Paul, Beiträge zur Chirurgie der Hirnhäute. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1045.
245. Herzog, Operierter Grosshirntumor. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 957. **(Sitzungsbericht.)**
246. Derselbe, Operative Sinusverletzung. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1913. p. 495. **(Sitzungsbericht.)**
247. Hessberg, Rich., Ophthalmologische Betrachtungen zum „Balkenstich". Berliner klin. Wochenschr. No. 50. p. 2358.
248. Heuking, Zur Kasuistik der Hirnchirurgie. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 20. p. 304. **(Sitzungsbericht.)**
249. Derselbe, Angeborener Hydrozephalus und Ventrikeldrainage. ibidem. 1913. p. 64. **(Sitzungsbericht.)**
250. Hibbs, Russell A. An Operation for Potts Disease of the Spine. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 6. p. 433.
251. Higier, Heinrich, Foerstersche Hinterwurzeldurchschneidung. Spitzysche Nervenimplantation und Stoffelsche elektive Nervendurchtrennung in einem Falle von spastischer Armlähmung nach juveniler akuter Encephalitis. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 5. p. 505.
252. Derselbe, Abermalige Trepanation in einem Fall von schwerer Epilepsie. Neurologja Polska. Bd. II. H. 7.
253. Hippel, E. v., Weitere Mitteilungen über die Palliativoperationen bei Stauungspapille. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2022. **(Sitzungsbericht.)**
254. Hirsch, Oskar, Die operative Behandlung von Hypophysistumoren nach endonasalen Methoden. Arch. f. Laryngol. Bd. 26. H. 3. p. 529.
255. Hirschel, Georg, Die Anästhesierung des Plexus brachialis in der Achselhöhle bei operativen Eingriffen in der oberen Extremität. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1218.
256. Hoag, D. E., Treatment of Infantile Spinal Paralysis. New York State Journal of Medicine. June.
257. Holbeck, Otto, Die Schussverletzungen des Schädels im Kriege. Beobachtungen und Erfahrungen während des russisch-japanischen Krieges 1904—05. Berlin. A. Hirschwald.



258. Derselbe, Ueber die Indikationen zur primär-operativen Behandlung der Schädelschüsse im Frieden und Kriege. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 23. p. 339.
259. Homans, John, The Surgical Treatment of Head Injuries Affecting the Brain. The Boston Med. and Surg. Journal. Vol. CLXVII. No. 20. p. 684.
260. Hönck, Heilung eines mit Muskelzuckungen verbundenen Torticollis nach Entfernung des Wurmfortsatzes. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1573.
261. Hooton, William H., The X-Ray Treatment of Graves Disease. Brit. Med. Journal. I. p. 1289.
262. Horgan, James B., Accidental Exposure of the Meninges During Intra-Nasal Operations. The Journal of Laryngol. Vol. 27. No. 12. p. 652.
263. Horsley, Victor, Treatment of Otogenic Brain Abscess. Brit. Med. Journal. I. p. 184. **(Sitzungsbericht.)**
264. Derselbe, Factors which Conduce to Success in the Treatment of Otogenic Brain Abscess. Addresses Introductory to a Discussion on the Subject. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 4. Otological Section. p. 45.
265. Houghton, J. W. H., Spinal Analgesia. Report en 400 Operations at the Military Hospital, Alderhot. The Lancet. II. p. 1008.
266. Hovelacque, André, Anatomie descriptive et topographique des racines rachidiennes postérieures. Les divers procédés de radicotomie postérieure (opérations de Foerster, van Gehuchten, Guleke). Bibliographie anatomique. T. 22. fasc. 3. p. 125.
267. Hübscher, Adolf, Beitrag zur operativen Behandlung subduraler Blutungen nach Verletzung. Inaug.-Dissert. Erlangen.
268. Hudson, W. H., New Decompression Operation. Annals of Surgery. May. LV.
269. Huerta, Almeida, Traitement opératoire de l'épilepsie essentielle, théorie pour la craniectomie précoce. Arch. de Psich. de Buenos-Aires. 9. année. p. 721.
270. Hugh, E. Jones, The Operative Treatment of Aural Vertigo Due to Causes other than Suppuration. The Liverpool Med.-chir. Journ. No. 62. Juli.
271. Hughes, W. B., Surgical Treatment of Infantile Paralysis. Australian Med. Journ. May 18.
272. Hupp, F. L., Surgical Treatment of Musculo-Spiral Paralysis. West Virginia Med. Journ. June.
273. Irwin, W. K., A Complicated Case of Concussion of the Brain Treated by Lumbar Puncture. Brit. Med. Journal. II. p. 121.
274. Ito, H., Beitrag zur operativen Behandlung der genuinen allgemeinen Epilepsie. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 115. H. 5—6. p. 489.
275. Jaboulay, Guérison par la craniectomie d'un délire fébrile consécutif à une ancienne otorrhée. Lyon médical. T. CXVIII. p. 414. **(Sitzungsbericht.)**
276. Derselbe, Trépanation dans la fracture de l'apophyse mastoïde. ibidem. T. CXVIII. p. 480. **(Sitzungsbericht.)**
277. Derselbe, Ostéite du maxillaire inférieur d'origine dentaire guérie par la trépanation de la racine de l'incisive malade. ibidem. T. CXVIII. p. 1444. **(Sitzungsbericht.)**
278. Derselbe, Malades ayant subi la résection partielle du sympathique cervical pour goitre exophtalmique. ibidem. T. CXVIII. No. 26. p. 1443. **(Sitzungsbericht.)**
279. Derselbe, Crises gastriques du tabes. Elongation du plexus solaire. Gastro-Enterostomie. ibidem. T. CXIX. p. 351. **(Sitzungsbericht.)**
280. Jacobaeus, H. C., en Nyström, G., Ett med lycklig utgang opereradt fall af intrakraniell tumor. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. XVII. No. 7.
281. Jacoby, Max, Über Dekompressionstrepanationen und Duraplastik. Inaug.-Dissert. Berlin.
282. Jacques, Extraktion einer Kugel aus der Schädelbasis. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 1594. **(Sitzungsbericht.)**
283. Jaeger, R., Schussverletzung des Gehirns mit Verweilen der Kugel im IV. Ventrikel während $4^1/_2$ Jahre. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 39. p. 2108.
284. Jaehne, Arthur, Beitrag zur Frage der operativen Behandlung von Schädelbasisbrüchen. Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 87. H. 2—3. p. 188.
285. Jakubowsky, A., Operation von multipler Struma, die sich aus embryonalen Keimen der Schilddrüse entwickelt hatte. Chirurgie (russ.). 32. 540.
286. Jassenetzky-Woino, W. F., Leitungsanästhesie des N. ischiadicus. Centralbl. f. Chirurgie. No. 30. p. 1021.
287. Jeanbreau, Avantages et les indications de la rachianesthésie sur la Novocaïne dans la pratique urologique. Assoc. franç. d'Urologie. Paris. 5—7. Oct.
288. Jeannin, Cyrille, Traitement obstétrical et chirurgical de l'éclampsie. Le Journal médical français. No. 1. p. 24.
289. Jenkins, G. J., Labyrinthine Vertigo (Ménières Symptoms-Noninfective) Treated by Operation. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 5. Otological Section. p. 80.



290. Johannsson, et Froederstrom, Un cas de blessure par arme à feu à la tête. Guérison avec reliquat d'hémianopsie et d'alexie. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière. No. 2. p. 105.
291. Jones, Hugh E., Three Cases of Operation on the Labyrinth for Vertigo (Non-Suppurative). Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 5. Otological Section. p. 75.
292. Jonesco, Thoma, Die allgemeine Rachianästhesie. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 19. p. 905.
293. Jonnesco, La rachianesthésie générale (rachi-strychno-stovaïnisation). La Presse médicale. No. 2. p. 11.
294. Kanavel, Allen B., Final Results in Hypophyseal Surgery. Medical Record. 1913. Vol. 83. p. 362. (Sitzungsbericht.)
295. Karplus, J. P., Ueber eine Schädelplombe bei Eingriffen an der Gehirnbasis. Wiener klin. Wochenschr. No. 8. p. 291.
296. Kelling, Fall von Frankescher Operation bei gastrischen Krisen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1830. (Sitzungsbericht.)
297. Keppler, Wilhelm, Die Anästhesierung der unteren Extremität mittels Injektion auf die grossen Nervenstämme. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 100. H. 2. p. 501.
298. Kervily, Michel de, Sur l'anesthésie par les injections épidurales dans l'accouchement. La Presse médicale. No. 78. p. 789.
299. Kétly, von, Die Propfung der gelähmten Gesichtsnerven mit dem Hypoglossus. Orvosi Hetilap. 56. 280.
300. Kidd, Frank, Stovaine Spinal Anesthesia an an Aid to Prostatectomy. Amer. Journ. of Dermatol. Aug. p. 395.
301. Kilvington, Basil, An Investigation on the Regeneration of Nerves, with Regard to the Surgical Treatment of Certain Paralyses. Brit. Med. Journ. I. p. 177.
302. Kirschner, Martin, Zur Technik der modernen Schädel-Trepanation. Ergebnisse der Chirurgie. Bd. IV. p. 202.
303. Kleijn, A. de, Etwas über die operative Behandlung bei Hypophysistumoren. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 56 (2). 665.
304. Klose, Erich, Erfolge der orthopädischen Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 13. p. 607.
305. Knapp, Arnold, The Krönlein Operation as a Exploratory Procedure in the Orbit. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 12. Prat. 2. p. 988.
306. Kocher, Theodor, Ueber Kropf und Kropfbehandlung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 27—28. p. 1265. 1313.
307. Koeppelin, Trépanation pour épilepsie jacksonienne. La Loire médicale. p. 65.
308. Kohn, L. W., Practical Experiences with Spinal Anesthesia. Pennsylvania Med. Journ. Sept.
309. Kosmak, Geo W., Vaginal Cesarean Section and its Limitations, Particularly in Eclampsia. The Amer. Journal of Obstetrics. May. p. 793.
310. Derselbe, Immediate Treatment of Depressed Fracture of the Skull in the Newborn. Medical Record. Vol. 82. p. 1186. (Sitzungsbericht.)
311. Kostlivy, S., Die Operation der eitrigen Meningitis. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 97. H. 3. p. 627.
312. Krause, Fedor, Breite Freilegung der Hirnventrikel, namentlich des vierten. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 99. H. 2. p. 377.
313. Derselbe, Exstirpation des Ganglion Gasseri in Lokalanästhesie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 12. p. 385.
314. Krawtschenko, W., Die Unterbindung der Vena jugularis bei otogener Thrombose. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 79. H. 2. p. 233.
315. Krepuska, Géza v., Daten zur gewaltsamen Verletzung des Gehörorganes. Monatsschr. f. Ohrenheilk. 1913. p. 488. (Sitzungsbericht.)
316. Derselbe, Operativ geheilter Fall von Hirnabszess mit ungewohnten Komplikationen. Orvosi Hetilap. 1911. No. 12.
317. Kroemer, Schädelimpression des linken Scheitelbeins bei einem 3120 g schweren Kinde. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 782.
318. Kulenkampff, D., Die Anästhesierung des Plexus brachialis. Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. 79. H. 3. p. 550. u. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 40. p. 1878.
319. Kümmell, Unsere Erfahrungen über die operative Behandlung der genuinen Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 1466. (Sitzungsbericht.)
320. Kuttner, A., Die Röntgendiagnostik bei Erkrankungen der Nebenhöhlen, der Hypophysis, der Zähne und der Ohren. Handbuch d. spez. Chir. des Ohres und der oberen Luftwege von Dr. L. Katz. Würzburg. Curt Kabitzsch. I. Bd. 2. Hälfte.
321. Láng, A., Über die Ruptur des biceps brachii. Gyógyászat. 52. 700.
322. Lange, Orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 828.



323. Derselbe, 17 Fälle sog. Entbindungslähmungen. Neurol. Centralbl. p. 599. **(Sitzungsbericht.)**
324. Langeron, Hernie cérébrale étranglée au niveau d'une perte de substance consécutive à une trépanation pour ostéite du temporal d'origine otique. Lyon médical. 1913. T. CXX. p. 216. **(Sitzungsbericht.)**
325. Lanz, O., Operative Heilung eines Hypophysistumors. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **56** (2). 841.
326. Lapuchin, W., Operativer Eingriff wegen Anfälle von partieller Epilepsie infolge von Hirntumor. Neurol. Bote. (russ.) **19.** 814.
327. Lauenstein, C., Fall von Schläfenschuss. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 49. **(Sitzungsbericht.)**
328. Derselbe, Zur Frage der Vermeidung der Lähmungen nach der Anwendung der Esmarchschen Blutleere. Centralbl. f. Chirurgie. No. 21. p. 709.
329. Läwen, A., Über die Verbindung der Lokalanästhesie mit der Narkose, über hohe Extraduralanästhesie und epidurale Injektionen anästhesierender Lösungen bei tabischen Magenkrisen. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 80. H. 1. p. 168.
330. Derselbe, Die Extraduralanästhesie. Ergebnisse der Chirurgie. Bd. V. p. 39.
331. Lehmann, Ueber Indikationen zur Decapsulation der Niere. Berl. klin. Wochenschr. No. 4. p. 158.
332. Derselbe, Hypnose pratiqué en vue d'une opération chirurgicale. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 196. **(Sitzungsbericht.)**
333. Lejars, F., Ce qu'il faut penser des dangers de la bande d'Esmarch. La Semaine médicale. No. 43. p. 505.
334. Leland, R. G., Treatment of Eclampsia by Vaginal Cesarean Section. Journ. of Michigan State Med. Soc. May.
335. Lentz, Suizidversuch durch Erschiessen. Hirnprolaps. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1404. **(Sitzungsbericht.)**
336. Leriche, Über einige neue Indikationen der Durchschneidung der hinteren Wurzeln. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 119. H. 5—6. p. 485 u. Lyon chirurgical. 1. Oct.
337. Derselbe, Über chirurgischen Eingriff bei Parkinsonscher Krankheit. Neurol. Centralbl. No. 17. p. 1093. und Lyon médical. March. p. 287.
338. Derselbe, Radicotomie postérieure dans un cas de Parkinson. Lyon médical. T. CXVIII. p. 569. T. CXIX. p. 1163. **(Sitzungsbericht.)**
339. Derselbe, Elongation du plexus solaire pour crises gastriques tabétiques. ibidem. 1913. T. CXX. p. 624. **(Sitzungsbericht.)**
340. Derselbe, Possible Efficiency of Operations on Posterior Spinal Roots for Zona, Mal perforant or Hyperchlorhydria. Lyon chirurgical. Oct.
341. Derselbe, Trois radicotomies pour crises gastriques du tabes. Lyon médical. 1913. T. CXX. p. 363. **(Sitzungsbericht.)**
342. Levinger, Zur Operation von Hypophysentumoren und zur Freilegung des Sinus cavernosus. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. LXIV. H. 4. p. 332.
343. Derselbe, Beitrag zur Topographie der Hypophysis, des Sinus cavernosus und der Carotis interna. Ein Nachtrag zu der Arbeit: „Zur Operation von Hypophysentumoren und zur Freilegung des Sinus cavernosus." ibidem. Bd. LXV. H. 1. p. 10.
344. Lewis, D. D., Surgical Aspects of Poliomyelitis. Illinois Med. Journ. May. XXI.
345. Lewit, W., Über chirurgische Behandlung der Paraplegie bei tuberkulöser Spondylitis. Chirurgie. (russ.) **32.** 522.
346. Lexer, Freie Fett- und Knochentransplantationen in einen Schädel-, Dura-, Hirndefekt. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1686. **(Sitzungsbericht.)**
347. Lezenius, A., Ueber die Neurectomia optico-ciliaris nach Golowin bei absolutem Glaukom. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. April. p. 404.
348. Lichtenstern, Gg., Einige Bemerkungen zu der Arbeit: Technique de la ponction lombaire chez le cheval, par Mm. Prévôt, Brissy et Barbier. Recueil de Méd. vét. 28. févr. Berl. tierärztl. Wochenschr. No. 9. p. 155.
349. Liébault et Celles, René, Le nerf laryngé supérieur et sa névrotomie; anatomie, technique opératoire. Revue hebd. de Laryngol. No. 51—52. p. 721. 753.
350. Lippens, Le traitement de l'hémispasme facial par l'élongation du facial. Assoc. franç. de Chirurgie. 2.—7. Oct. 1911.
351. Lorenz, W. F., Rachiocentesis. Wisconsin Med. Journal. Jan.
352. Lotheissen, Georg, Die operative Behandlung gastrischer Krisen nach Foerster. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 117. H. 1—2. p. 1.
353. Luc, H., A propos de l'infiltration anesthésiante du nerf maxillaire supérieur. Arch. internat. de Laryngol. T. 38. No. 1. p. 52.
354. Luca, V. de, Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Nervensystem und die Radio-Therapie der Nervenkrankheiten. Rivista ospedadiera. II. Bd. 3. Heft.



355. Machol, Chirurgisch-orthopädische Therapie der spinalen Kinderlähmung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1411. **(Sitzungsbericht.)**

356. Magnus, V., El tilfaelde av operert traumatisk sen-apoplexi. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. No. 11. p. 1603.

357. Magruder, E. P., Fractures of the Skull. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 17. p. 839.

358. Maire, L., et Parturier, Gaston, Traitement chirurgical des crises gastriques du tabes. La Presse médicale. No. 56. p. 585.

359. Maragliano, Dario, Les anastomoses nerveuses contralatérales au point de vue expérimental et clinique. ibidem. No. 85. p. 853.

360. Marquis, Issue de substance cérébrale par les narines et écoulement tardif de liquide céphalo-rachidien après un écrasement du frontal; guérison avec amnésie traumatique. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 38. p. 1399.

361. Marsh, F., Fälle von Verletzungen der Augenhöhle und des Sehnervs bei endonasalen Operationen einschliesslich der Ethmoidalregion. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 5. p. 593.

362. Marsh, James P., Cesarean Section Done Under Spinal Anesthesia for Eclampsia; Report of Three Cases. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 12. Part 1. p. 940.

363. Marten, R. H., Case of Successful Removal of Cerebral Tumor from Right Parietal Cortex. Australasian Med. Gazette. Jan. 13.

364. Massé, Contribution à l'étude de l'anesthésie lombaire en particulier par la méthode de Jonnesco en rachi-strychnostovaïnisation. Thèse de Paris.

365. Mauclaire, Plastiques dure-mériennes avec le fascia lata. Arch. gén. de Chirurgie. No. 10. p. 1172.

366. Maxwell, R. Drummond, Puerperal Eclampsia Treated by Cassarean Section. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Obstetrical and Gynaecological Section. p. 43.

367. May, Otto, Cerebral Diplegia Treated by Posterior Root Section. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. 5. No. 3. Neurol. Sect. p. 70.

368. Mayer, E., Zur Behandlung von Armlähmungen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1882. **(Sitzungsbericht.)**

369. Mayo, Charles H., Factors of Safety in Operating for Exophthalmic Goiter. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 1. p. 26.

370. Derselbe and Mc Grath, Bernard F., Parathyroids and their Surgical Relation to Goitre. Annals of Surgery. **55.** 185—194.

371. Mazade, J., Contribution à l'étude du traitement chirurgical des crises gastriques du tabes. Thèse de Lyon.

372. Mc Arthur, L. L., An Aseptic Route to the Pituitary Body through the Orbital Vault. Medical Record. Vol. 81. p. 1245. **(Sitzungsbericht.)**

373. Mc Cardie, J. W., Partial Thyroidectomy and Exophthalmic Goitre. Brit. Med. Journal. I. p. 548. **(Sitzungsbericht.)**

374. Mc Connell, Subtentorial Decompression. Brit. Med. Journal. II. p. 1310. **(Sitzungsbericht.)**

375. Mc Gavin, Lawrie, and O'Leary, Ralph D., A Report and Analysis of 500 Operations Performed under the Influence of Spinal Analgesia by the Use of Stovaine-Glucose Solution. The Practitioner. March. p. 406.

376. Mc Guire, Edgar R., A New Operation for Decompression. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 25. p. 1265.

377. Mc Kernon, James F., The Operative Treatment of Brain Abscess of Otitic Origin. Te Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. CIX. No. 12. Part 2. p. 1096.

378. Mencière, Louis, Traitement de la paralysie infantile par les greffes musculo-tendineuses. Remarques anatomiques concernant les plexus et expliquant le mécanisme de la poliomyélite antérieure. Gaz. méd. de Paris. No. 129. p. 13.

379. Mendler, Alfred, Bericht über einen Fall von operativ geheilter spondylitischer Kompressionsmyelitis. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 45. p. 2457.

380. Meyer, Arthur W., Über die Leistungen der chirurgischen Behandlung bei der Basedowschen Krankheit. Medizin. Klinik. No. 21. p. 862.

381. Meyer, E., Zur Frage des künstlichen Abortes bei psychischen Störungen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 436.

382. Meyer, L., en Haugh, E., Om Bristningen i Dura mater opstaaede hos nyfødte under Føldslen. Hospitalstidende. Nov.

383. Dieselben, Les ruptures de la dure-mère crânienne chez les nouveau-nés. Arch. mens. d'Obstétrique. March.

384. Michelsson, Friedrich, Der gegenwärtige Stand der Lumbalanästhesie. Ergebnisse der Chirurgie. Bd. IV. p. 44.

385. Milligan, William, On the Value of Decompressive Operations in Intracranial Complications of Otitic Origin, with Special Reference to the Treatment of Otitic Meningitis. Brit. Med. Journal. II. p. 427. **(Sitzungsbericht.)**
386. Derselbe, Severe Labyrinthine Vertigo (Ménières Disease) Operation, Recovery. — Suppurative Labyrinthitis, Complicated with Suppurative Basal Meningitis, Operation, Translabyrinthine Drainage, Death. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 5. Otological Section. p. 74.
387. Derselbe, The Operative Treatment of Labyrinthine Vertigo in Non-suppurative Disease of the Internal Ear. The Journal of Laryngol. Vol. 27. No. 10. p. 538.
388. Mills, Charles K., and Martin, Edward, Paraplegia in Pseudoleukemia; Treatment by Laminectomy and the Roentgen Rays. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 1815. **(Sitzungsbericht.)**
389. Molloy, D. M., Spinal Anesthesia. Southern Med. Journal. Dec.
390. Mommsen, Friedrich, Kasuistischer Beitrag zur Chirurgie der Kleinhirntumoren. Inaug.-Dissert. Kiel.
391. Monse, Ernst, Hyperthermie nach Gehirnoperationen. Inaug.-Dissert. Kiel.
392. Moran, J. F., Indications for Abdominal Cesarean Section in Eclampsia. Southern Med. Journ. June.
393. Morat, J. P., Les greffes nerveuses. Lyon médical. T. CXVIII. No. 25—26. p. 1433.
394. Morel, L., La greffe parathyroidienne. Arch. gén. de Chirurgie. May.
395. Mouriquand, G., et Cotte, G., Traitement des crises gastriques du tabes par l'arrachement des nerfs intercostaux (opération de Franke). La Presse médicale. No. 75. p. 758.
396. Dieselben, Opération de Francke pour crises gastriques du tabes. Lyon médical. T. CXVIII. p. 1097. **(Sitzungsbericht.)**
397. Dieselben, Comment agit l'opération de Franke dans les crises gastriques du tabes? Des modifications à lui apporter pour éviter une récidive possible. ibidem. T. CXVIII. p. 1148. **(Sitzungsbericht.)**
398. Mühsam, Richard, Stichverletzung des Gehirns, durch Trepanation geheilt. Berliner klin. Wochenschr. No. 26. p. 1231.
399. Derselbe, Operativ geheilter Schläfenlappenabszess. ibidem. p. 1538. **(Sitzungsbericht.)**
400. Mullock, R. W., Operation for Decompression. Brit. Med. Journal. I. p. 890.
401. Munson, J. F., End-Results of Head Surgery in Epilepsy. New York State Journ. of Medicine. Nov.
402. Mysch, W., Palliativoperationen bei inoperablen Hirntumoren: drei weitere Beobachtungen. Chirurgie. (Russ.) 32. 71.
403. Nemenow, Zur Frage der Behandlung der Basedowschen Krankheit mit Röntgenstrahlen. Russ. Arzt. 11. 1583.
404. Neumann-Kneucker, A., Über Leitungsanästhesie des Nervus mandibularis mittels Kälte (Chloräthyl). Medizin. Klinik. No. 17. p. 693.
405. Nieden, Hermann, Über Lumbalpunktion, insbesondere die Befunde bei Kachexie. Wiener klin. Rundschau. No. 34—35. p. 529. 545.
406. Nigay, Crises viscérales du tabès et opération de Franke. Journal de Méd. de Paris. No. 20. p. 391.
407. Norbury, Lionel E. C., Spina bifida (Meningomyelocele ulcerated) in a Child Treated by Operation. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Section for the Study of Disease in Children. p. 30.
408. Nyrop, Ejnar, Behandlungsmethoden der Deformitäten der Wirbelsäule. Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie. Bd. XXX. H. 1/2. p. 229.
409. Ochsner, A. J., Practical Points in Surgical Treatment of Exophthalmic Goiter. Amer. Journ. of Surgery. Jan.
410. Oehlecker, F., Zur Aufnahmetechnik der Halswirbelsäule. Fortschr. auf d. Geb. d. Röntgenstrahlen. Bd. XIX. H. 4. p. 266.
411. Ombredanne, Chirurgische Behandlung der Folgen der Poliomyelitis. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2294.
412. Onodi, A., Die Freilegung der Schädelhöhle und des Gehirns durch die Nebenhöhlen der Nase. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 186. **(Sitzungsbericht.)**
413. Oppenheim, H., Ueber einen Fall operativ behandelter Kleinhirngeschwulst mit Heilerfolg. Berl. klin. Wochenschr. No. 50. p. 2345.
414. Pagenstecher, E., Ueber Hydrocephalus externus in chirurgischer Beziehung. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 79. H. 3. p. 583.
415. Panse, Rudolf, Die Heilung retrobulbärer Erblindung durch Nasenoperationen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2887. **(Sitzungsbericht.)**
416. Paradès, de, Du coma et de la ponction lombaire; indications thérapeutiques. Thèse de Montpellier.



417. Partsch, Schwere Schussverletzung des Gesichtsschädels. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 956. **(Sitzungsbericht.)**
418. Pascalis, George, A propos d'un cas d'épilepsie, très amélioré par double ovariotomie. Epilepsia. Bd. III. Ergzh. p. 546.
419. Paulsen, Hans, Über spastische Lähmungen der unteren Extremitäten und die chirurgische Behandlung derselben, mit besonderer Berücksichtigung der Försterschen Operation. Inaug.-Dissert. Kiel.
420. Payne, Robert L., Decompression Operations for Fractures of the Base of the Skull. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 7. p. 472.
421. Payr, E., Entfernung des Ganglion Gasseri wegen Trigeminusneuralgie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2082. **(Sitzungsbericht.)**
422. Derselbe, Über druckentlastende Eingriffe bei Hirndruck. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 6. p. 257.
423. Derselbe, Reposition einer reinen Beugungsluxation zwischen 4. u. 5. Halswirbel. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 327. **(Sitzungsbericht.)**
424. Péan, Les rayons X dans le traitement du goitre exophthalmique. Thèse de Paris.
425. Peltesohn, Siegfried, Über unbeabsichtigte Wirkungen der Korrektur spastischer Deformitäten. Verhandl. d. dtsch. Ges. f. orthopäd. Chir. Bd. XI. p. 287.
426. Derselbe, Über die orthopädisch-chirurgische Behandlung der poliomyelitischen Lähmungen im Kindesalter. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 43. p. 2026.
427. Perier, Résultats éloignés fournis par le traitement opératoire du spina bifida. Biographie morbide de deux anciens opérés. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 8. p. 308.
428. Peters, E. A., Chronic Diffuse Labyrinthitis in a Man, Aged 58. Horizontal Canal Drained by a Strand of Silkworn Gut Inserted into the Canal and Buried Extradurally. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 2. Otological Section. p. 38.
429. Petersen, Eklampsiebehandlung durch abdominalen Kaiserschnitt. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1957.
430. Pfeifer, Berthold, Weitere Erfahrungen über Hirnpunktionen bei Fällen von Hirntumoren und Epilepsie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. X. H. 1—2. p. 61.
431. Phleps, Seltener Fall von Schussverletzung des Schädels. Wiener klin. Wochenschr. p. 1373. **(Sitzungsbericht.)**
432. Pieri, Gino, La chirurgia dei nervi periferici. Rivista ospedaliera. Vol. II. No. 22. p. 1001.
433. Pike, J. B., When to Operate in Permeating Mastoid Meningitis. The Practitioner. Vol. 86. No. 6. p. 875.
434. Plummer, W. W., Further Observations on the Use of Intraarticular Silk Ligaments in the Paralytic Joints of Poliomyelitis anterior. Medical Record. Vol. 82. p. 640. **(Sitzungsbericht.)**
435. Poisson, Louis, Technique opératoire de la trépanation décompressive dans le syndrôme d'hypertension intra-cranienne. Le Monde Médical. p. 803.
436. Pollock, Lewis J., and Jewell, Earl B., Muscle Group Isolation in the Treatment of Spasticities and Athetoses. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 19. p. 1711.
437. Poten, W., Erfolge der Nierendekapsulation bei Eklampsie. Zeitschr. f. gynaekol. Urologie. Bd. III. H. 3. p. 146.
438. Potherat, E., Tumeur du nerf sciatique poplité interne. Exstirpation avec conservation du nerf et de ses fonctions. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVIII. No. 12. p. 458.
439. Poulain, Jean, Mécanisme et classification des fractures de la base du crâne irradiées à plusieurs étages. Arch. gén. de Chirurgie. No. 8. p. 884.
440. Poussèpe, L. M. (cf. Pussep), Du traitement opératoire du tumeurs du lobe temporal du cerveau. Soc. des alién. St. Petersbourg. 10. mars.
441. Preysing, Über operative Therapie der otogenen Meningitis. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1067.
442. Puławski, A., Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Basedowschen Krankheit. Wiener klin. Wochenschr. No. 25. p. 955.
443. Puppe, Forensischer Fall von Tentoriumzerreissung. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 90.
444. Pussep, L., Totale Exstirpation des Ganglion Gasseri in 3 Fällen bei nach hinten geneigter Kopfhaltung. Russk. Wratsch. No. 10.
445. Derselbe, Operative Behandlung der Geschwülste der Rückenmarkshüllen. Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chirurgie. Bd. 24. H. 2. p. 339.
446. Derselbe, Operative Behandlung spastischer Lähmungen der oberen Extremität. Russ. Arzt. 10. 36.



447. Derselbe, Drei Fälle von Totalexstirpation des Ganglion Gasseri bei besonderer Kopflage (überhängendem Kopf). Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 118. H. 1—2. p. 157. u. Russ. Arzt. 11. 325.
448. Derselbe, Operative Behandlung des Hydrocephalus internus bei Kindern. Archiv f. Kinderheilkunde. Bd. 59. H. 3/4. p. 172.
449. Derselbe, Operative Behandlung bei der Hemitonie. Russk. Wratsch. No. 3.
450. Putti, V., Per diminuire od abolire il periodo di immobilizzazione postoperativa nei trapianti e nelle fissazioni tendinee. Riv. ospedaliera. No. 6.
451. Py, Du traitement radiothérapique des sciatiques. Valeur de la méthode. Thèse de Paris.
452. Quervain, de, Ueber den Schutz der Epithelkörperchen und des Rekurrens bei der Kropfoperation. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 928.
453. Derselbe, L'état actuel de la Chirurgie de la moelle épinière. Soc. suisse de Neurol. 29—30 avril. 1911.
454. Quix, Tumor acusticus, translabyrinthär operiert. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1071.
455. Ranzi, 11 Fälle von Försterscher Operation. Neurol. Centralbl. p. 596. **(Sitzungsbericht.)**
456. Rastouil, Fracture du crâne avec large enfoncement chez un enfant de cinq ans. Trépanation. Bull. Soc. de Chir. de Paris. T. XXXVIII. No. 6. p. 207.
457. Rawling, L. B., Cranio-Cerebral Surgery. Clinical Journal. Dec. 4.
458. Rayner, Arthur Ernest, The Treatment of Hypertrichosis with X Rays. Brit. Med. Journal. II. p. 480. **(Sitzungsbericht.)**
459. Rehn, Versuche über Duraersatz. Neurol. Centralbl. p. 595. **(Sitzungsbericht.)**
460. Derselbe, Zur Operation der traumatischen Epilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1576. **(Sitzungsbericht.)**
461. Derselbe, Neurolysis und Tendolysis. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 44.
462. Reichard, Muskelverpflanzungen bei Quadrizeps- und bei Handlähmung. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 439. **(Sitzungsbericht.)**
463. Reichmann, V., Zur Technik der Lumbalpunktion und der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis. ibidem. No. 9. p. 468.
464. Derselbe, Der Wert und die Gefahren der Lumbalpunktion. (Erfahrungen an 500 Fällen.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XI. H. 5. p. 581.
465. Reynolds, E., End Results of Surgery in Neurasthenics and on Neurasthenia. Boston Med. and Surg. Journ. Febr.
466. Richter, Exstirpation des vestibulären Labyrinthes mit Kleinhirnabszess-Operation, ferner ein neues Reflexphänomen. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 66. H. 1—2. p. 94.
467. Richter, Ed., Zange zur Erweiterung der fissura olfactoria. ibidem. Bd. LXIV. No. 4. p. 354.
468. Riedel, Die Frühoperation bei Morb. Basedowii. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 28. p. 1532.
469. Derselbe, Ueber Spätneuralgien nach Amputatio femoris. Deutsche med. Wochenschr. No. 27.
470. Röpke, W., Zur Frage der Deckung von Schädeldefekten. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 35.
471. Rott, E. F., Brain Decompression. Colorado Medicine. Jan.
472. Rouville, de, Résultats éloignés d'une cure radicale de spina-bifida dorso-lombaire. Bull. Soc. de Chirurgie de Paris. T. XXXVIII. No. 10. p. 362.
473. Rouvillois, Coup de feu du crâne et du cerveau par balle marocaine. ibidem. T. XXXVIII. No. 4. p. 152. und Le Progrès médical. No. 10. p. 121.
474. Ruediger Rydygier, Erfahrungen über die Dekompressiv-Trepanation und den Balkenstich nach Anton v. Bramann beim Gehirndruck. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 117. H. 3—4. p. 344.
475. Derselbe, Beitrag zur Exstirpation des Ganglion Gasseri. ibidem. p. 371.
476. Derselbe, Erfahrungen über die Resektion der hinteren Rückenmarkswurzeln bei spastischen Lähmungen (Försters Lähmungen). ibidem. p. 376.
477. Ryan, W. A., Surgery in Epilepsy. Southern Med. Journal. May.
478. Saar, von, Nervendehnung bei Mal perforant du pied. Wiener klin. Wochenschr. p. 1308. **(Sitzungsbericht.)**
479. Derselbe und Canestrini, Zur Frage der sellaren Palliativtrepanation. Wiener mediz. Wochenschr. No. 4. p. 273. Entgegnung von Privatdozent Dr. Artur Schüller. ibidem. p. 274.
480. Saenger, Schussverletzungen (zwei Kugeln) in die linke Seite des Kopfes in der Gegend des Parietalbeines. Neurol. Centralbl. p. 608. **(Sitzungsbericht.)**
481. Derselbe, Über Palliativtrepanation bei Hirntumor. ibidem. p. 1328. **(Sitzungsbericht.)**



482. Sandrock, Wilhelm, Ein Fall elektrischer Starkstromverletzung mit tötlichem Ausgang. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2618.
483. Sarfels, Sehnenplastik bei spastischem Hohlfuss. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 38. (Sitzungsbericht.)
484. Sato, Über chirurgisch operierte Fälle von Rückenmarkstumor. Mitteil. d. mediz. Ges. zu Tokio. Bd. 26. H. 20.
485. Sauter, Hermann, Die neueren Behandlungsmethoden der Eklampsie mit besonderer Würdigung des vaginalen Kaiserschnittes. Inaug.-Dissert. Strassburg.
486. Sayre, R. H., Treatment of Volkmanns Ischemic Paralysis and Contraction by Method of Robert Jones. Amer. Journ. of Orthopedic Surgery. May.
487. Schaack, Wilhelm, Die Schädelfrakturen und ihre Behandlung, mit besonderer Berücksichtigung der primären Schädelplastik (Reïmplantation). (Bericht über 530 Schädelfrakturen der Jahre 1900—1910.) Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 97. H. 3. p. 700. u. Russ. Arzt. 10. 14.
488. Schaller, W. F., Salvarsan in Syphilitic Disease of Nervous System. California State Journ. of Medicine. Oct.
489. Schepelmann, Emil, Einseitige Lungenimmobilisierung durch Phrenikusresektion. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 490. (Sitzungsbericht.)
490. Schiller, K. v., Die Behandlung der spastischen Paralyse mittels Resektion der peripheren Nerven. (Stoffelsche Operation.) Budapesti Orvosi Ujság. 10. 432.
491. Schlesinger, A., Ueber chirurgische Behandlung der Basedowschen Krankheit. Berliner klin. Wochenschr. p. 2429. (Sitzungsbericht.)
492. Schloffer, Ueber die chirurgische Behandlung des Morbus Basedow. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 734. (Sitzungsbericht.)
493. Derselbe, Ueber dekompressive Trepanation bei inoperablem oder lokalisierbarem Hirntumor. ibidem. p. 1253. (Sitzungsbericht.)
494. Schmidt, J., Seltene Folgen einer schweren Schädelfraktur beim Pferde. Zeitschr. f. Tiermedizin. Bd. XVI. No. 3. p. 89.
495. Schmitz-Pfeiffer, 2 Schädelschussverletzungen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 501. (Sitzungsbericht.)
496. Schneider, Zur Behandlung der traumatischen Meningitis. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 18. p. 266.
497. Schneider, Bernhard, Soll bei Sinusphlebitis infolge akuter Otitis media purulenta die Vena jugularis unterbunden werden oder nicht? Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 89. H. 2. p. 75.
498. Schoenborn, Foerstersche Operation bei multipler Sklerose. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 784. (Sitzungsbericht.)
499. Schöne, Georg, Die heteroplastische und homöoplastische Transplantation. Eigene Untersuchungen und vergleichende Studien. Berlin. Julius Springer.
500. Derselbe, Komplizierte Schädelfraktur mit Gehirnverletzung und eitriger Encephalitis, geheilt durch Trepanation. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 387.
501. Schrimpf, Wilhelm Robert, Über Nierendekapsulation in der Behandlung der Eklampsie. Inaug.-Dissert. Würzburg.
502. Schüler und Rosenberg, Röntgentiefenbestrahlung der Schilddrüse bei Basedowscher Krankheit. Medizin. Klinik. No. 49. p. 1986.
503. Schüller, Artur, Röntgen-Diagnostik der Erkrankungen des Kopfes. Suppl. z. H. Nothnagel, Spezielle Pathologie u. Therapie. Wien—Leipzig. Alfred Hölder.
504. Schulthess, Littlesche Krankheit (Förstersche Operation). Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 877.
505. Schultze, Erfolgreich operiertes intramedulläres Angiom. ibidem. p. 2291.
506. Derselbe, Weitere Erfahrungen über operativ behandelte Rückenmarksgeschwülste. ibidem. p. 1116.
507. Schulze, Wilhelm, Zwei Fälle von Schussverletzungen des Ohres. Beiträge zur Anat. etc. des Ohres etc. Bd. VI. H. 1. p. 1.
508. Schumacher, E. D., Entlastungstrepanation oder Balkenstich bei Turmschädel mit Hirndruckerscheinungen? Münch. Mediz. Wochenschr. No. 42. p. 2282.
509. Derselbe und Roth, Thymektomie bei einem Fall von Morbus Basedowii mit Myasthenie. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Medizin u. Chir. Bd. 25. H. 4. p. 746.
510. Schümann, Über den v. Bramannschen Balkenstich. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 782. (Sitzungsbericht.)
511. Schüssler, H., Zur chirurgischen Behandlung der Tabes. Eine Erwiderung auf Lotheissens: Die operative Behandlung gastrischer Krisen nach Foerster. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 119. H. 1—2. p. 192.
512. Schwartz, A., und Küss, G., Découverte du nerf radial au bras. Technique opératoire. Revue de Chirurgie. No. 6. p. 865.



513. Selitzky, S. A., Sectio caesarea vaginalis bei Eklampsie. Vorläufige Mitteilung. Moskau.
514. Sendziak, J., De l'influence positive des opérations nasales et naso-pharyngiennes sur l'exophthalmie ainsi que sur l'hypertrophie de la glande thyroïde (struma). Contribution au traitement de la maladie de Basedow (Graves Disease). Arch. internat. de Laryngol. T. 34. No. 1. p. 20.
515. Shap, E. A., Indications for Surgical Intervention in Epilepsy. New York State Journ. of Medicine. Nov.
516. Sharpe, N. W., Present-Day Craniocerebral Surgery. Journ. of Missouri State Med. Assoc. March.
517. Sheddan, L. L., Present Status of Brain Surgery. Journ. of Tennessee State Med. Assoc. Nov.
518. Sicard, A., Bloch, A., Leblanc, A., Radicotomie lombo-sacrée droite pour algie paroxystique, séquelle de méningite cérébro-spinale. Revue neurol. 2. S. p. 125. **(Sitzungsbericht.)**
519. Derselbe et Desmarest, E., Gangliectomie rachidienne. La Presse médicale. No. 91. p. 921.
520. Derselbe et Leblanc, Sur l'opération de Franke. Remarques anatomiques. Revue neurol. 2. S. p. 40. **(Sitzungsbericht.)**
521. Dieselben, Remarques anatomiques et cliniques sur l'opération de Franke dans les crises gastriques du tabes et les algies post-zostériennes. ibidem. 2. S. No. 15. p. 157.
522. Siebert, Kurt, Über einige neuere Anaesthesierungsverfahren, mit besonderer Berücksichtigung der Plexusanästhesie. Medizin. Klinik. No. 48. p. 1945.
523. Simmons, C. C., Two Cases of Intracranial Cerebral Hemorrhage in New-Born Relieved by Operation. Boston Med. and Surg. Journ. Jan. 11.
524. Smirnow, A., Zur Frage der Pathogenese und Behandlung der Cephalohydrocele traumatica s. meningocele spuria traumatica. Aerztl. Ztg. (Russ.) **19.** 265.
525. Smith, G. M., Herpes and Brachial Neuritis. Med. Press and Circular. May 22.
526. Snyder, F. D., The Prehistoric Surgeon: Trephining by Primitive Man. The Cleveland Med. Journ. Vol. XI. H. 3. p. 203.
527. Soli, Teobaldo, Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Schädelimpressionen bei Neugeborenen. Arch. f. Gynaekologie. Bd. 97. H. 2. p. 283.
528. Solieri, Über Knochenplastik bei Substanzverlusten des Schädeldaches. Dtsch. Zeitschr. f. Chirurgie. Bd. 114. H. 5—6. p. 587.
529. Soule, Robert E., Arthrodesis of Some of the Smaller Joints in the Treatment of Paralytic and Acquired Deformities. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 19. p. 1440.
530. Souques, A., et Pasteur-Vallery-Radot, Du traitement des crises gastriques tabétiques par l'élongation du plexus solaire. Revue neurol. 2. Sém. p. 589. **(Sitzungsbericht.)**
531. Spieht, H., Beitrag zur operativen Behandlung der Kleinhirntumoren. Inaug.-Dissert. Tübingen.
532. Spiller, William G., and Martin, Edward, The Treatment of Persistent Pain of Organic Origin in the Lower Part of the Body by Division of the Anterolateral Column of the Spinal Cord. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 20. p. 1489.
533. Stender, O., Neurologische Indikationen zum chirurgischen Eingriff am Gehirn. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 24. p. 353.
534. Stenger, Tumor der Hypophysengegend auf endonasalem Wege erfolgreich operiert. Zu dem Aufsatze des Herrn Prof. Spiess in No. 47 der Münch. Mediz. Wochenschr. 1911. p. 2503. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 1. p. 29.
535. Stock, W., Ueber die Erfolge der Glaukomtrepanation nach Elliot. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Oct. p. 463.
536. Stockum, W. J. van, Operative Behandlung des Morbus Basedowii. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **56.** I. 787. **(Sitzungsbericht.)**
537. Stoffel, A., Nouvelle opération pour le traitement des paralysies spastiques. La Presse médicale. No. 26. p. 257.
538. Derselbe, Zum Bau und zur Chirurgie der peripheren Nerven. Zeitschr. f. orthopäd. Chirurgie. Bd. 30. p. 177. **(Sitzungsbericht.)**
539. Derselbe, Die Technik meiner Operation zur Beseitigung der spastischen Lähmungen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 52—53. p. 2860. 2916.
540. Derselbe, Operationen an den peripheren Nerven und ihre Grundlagen. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 49. p. 1432.
541. Derselbe, Neue Wege und Erfolge der Behandlung spastischer Zustände. Therapeut. Monatshefte. Dez. p. 841.



542. Straus, David C., Die röntgenologische Untersuchungsmethode als Hilfsmittel der Indikationsstellung bei Palliativoperationen von chronischen hirndrucksteigernden Prozessen. Wiener mediz. Wochenschr. No. 32. p. 2133.

543. Strauss, F., Zur Kenntnis der intrakraniellen, speziell der subduralen Hämatome bei Schädelverletzungen. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 77. H. 2. p. 511.

544. Streissler, E., Eine neue Methode der Resektion der Halsrippen von rückwärts. Zentralbl. f. Chirurgie. No. 9. p. 283.

545. Schütte, Christoph, Über Lumbalanästhesie. Medizin. Klinik. No. 51. p. 2065.

546. Syme, W. S., An Examination of One Thousand and Fifty Skulls. Some Points of Interest in Connection with the Surgery of the Ear and Nose. The Journ. of Laryngol. Vol. XXVII. No. 6. p. 308.

547. Szász, T., Lumbalanästhesie und Labyrinth. Budapesti Orvosi Ujság. **10.** 420.

548. Szöllös, H., Erfolge der operativen Behandlung der Basedowschen Krankheit an der I. chirurgischen Klinik in Budapest. Orvosi Hetilap. **53.** 826.

549. Taylor, Alfred S., A Case of Physiological Exstirpation of the Gasserian Ganglion for Tic Douloureux. The Journal of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 561. **(Sitzungsbericht.)**

550. Taylor, H. L., Surgical Treatment of Deformities and Disabilities Following Poliomyelitis. New York State Journal of Medicine. June.

551. Taylor, William J., The Surgical Treatment of Epilepsiy. The Therapeutic Gazette. March. p. 164.

552. Derselbe, The End Results in Sixty-three Cases of Operation for Brain Tumour. Annals of Surgery. July. p. 55.

553. Tilmann, O., Zur Frage des Hirndrucks. Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 98. H. 3. p. 826.

554. Derselbe, 1. Fall von Duraplastik. 2. Über Gehirnpunktionen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1578. **(Sitzungsbericht.)**

555. Derselbe, Die chirurgische Behandlung der Epilepsie. ibidem. No. 49. p. 2683.

556. Tilp, Kopfschuss. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 438.

557. Tilton, B. T., Extradural Hemorrhage; Recovery After Trephining. New York Med. Journal. Febr. 24.

558. Timmer, H., Behandlung der ischämischen Contraktur. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **56.** (II.) 77. **(Sitzungsbericht.)**

559. Tinel, J., Trois cas de crises gastriques tabétiques opérées par le procédé de Franke. Revue neurol. 2. Sém. p. 612. **(Sitzungsbericht.)**

560. Tinker, Martin B., Surgical Treatment of Exophthalmic Goiter. Some Internests Views and Surgical Experience. Medical Record. Vol. 81. No. 21. p. 989. u. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 12. Part. 2. p. 989.

561. Derselbe, Surgical Treatment of Hyperthyroidism. New York State Journal of Medicine. Sept.

562. Torrance, G., Surgical Treatment of Exophthalmic Goiter. Southern Med. Journ. Jan.

563. Toupet, René, Chirurgie de l'hypophyse. Revue de Chirurgie. No. 6. p. 899. und Paris. G. Steinheil.

564. Tournier, E., Sur les indications et les contre-indications au traitement opératoire du Spina-bifida. Toulouse. J. Marqueste.

565. Derselbe et Ducuing, J., De la conduite à tenir vis-à-vis du spina bifida ancien. Arch. gén. de Chirurgie. No. 10. p. 1133. u. Arch. provincales de Chirurgie. No. 11.

566. Trotter, Wilfred, The Operative Treatment of Graves Disease. Brit. Med. Journal. I. p. 641.

567. Tschmarke, Revolverschuss in die rechte Schläfengegend. (Selbstmord.) Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1633. **(Sitzungsbericht.)**

568. Tschudi, E., Ueber einen Fall von Durchschneidung der sensiblen Rückenmarkswurzeln nach Förster bei multipler Sklerose. Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 15. p. 553.

569. Unger, E., Behandlung der Atemlähmung bei Hirnoperationen mittels Insufflation. Berl. klin. Wochenschr. p. 2292. **(Sitzungsbericht.)**

570. Valentin, Zur operativen Behandlung von Schläfenbeinbrüchen. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 88. p. 23. **(Sitzungsbericht.)**

571. Vance, Ap. Morgan, Head Injuries. Medical Record. 1913. Vol. 83. p. 319. **(Sitzungsbericht.)**

572. Verdier, Du traitement chirurgical et de ses résultats dans l'épilepsie jacksonienne traumatique ancienne. Thèse de Montpellier. 1911.

573. Viannay, Ch., Résultat éloigné d'une opération d'Encephalocèle occipitale. Hydrocéphalie unilatérale. Loire médicale. p. 108.



574. Derselbe, Fracture obstétricale du frontal: enfoncement par le promontoire au cours d'un forceps au détroit supérieur pour bassin rétréci. Intervention sanglante (rélèvement du frontal); guérison. La Province médicale. No. 22. p. 249.
575. Viko, E., Rhizotomy for Spastic Paralysis (Radicotomy). Northwest Medicine. May.
576. Villard et Santy, Résection des nerfs maxillaires supérieur et inférieur à leur émergence du ganglion de Gasser, pour névralgie faciale rebelle. Lyon médical. 1913. T. CXX. p. 283. **(Sitzungsbericht.)**
577. Vincent, E., Du traitement des fractures de la base du crâne par la trépanation préventive accompagnée de l'ouverture de la dure-mère et du drainage de la cavité arachnoïdienne. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris. T. 38. No. 22. p. 801.
578. Voorhees, Irving Wilson, Surgery of the Hypophysis with Especial Reference to the Endonasal Method of Hirsch. Medical Record. Vol. 82. No. 7. p. 282.
579. Voss, Über den Begriff der Reflexpsychosen. Neurol. Centralbl. 1913. p. 334. **(Sitzungsbericht.)**
580. Vulpius, Oscar, Sehnenoperationen und Nervenoperationen bei spastischen Lähmungen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 27. p. 1491.
581. Derselbe, Ueber die Entwicklung der Lähmungstherapie. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 14. p. 207.
582. Derselbe, Ueber die Sehnenüberpflanzung in der Behandlung der spinalen Kinderlähmung, ihre Indikation, Technik und Resultate. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 36. p. 1679.
583. Derselbe, Ein neuer Hüftstützapparat für schwere Lähmungen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 37. p. 2000.
584. Wagner, Emil, Die Nierendekapsulation bei Eklampsie nebst eigenen kasuistischen Beiträgen. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
585. Wall, Alvarado, Analgésie spinale compliquée de méningite. La Tribuna medica. an. VI. No. 24.
586. Walton, G. L., and Homans, J., Operability of Cerebral Endothelioma; Report of Successful Case. Boston Med. and Surg. Journ. June 27.
587. Wanach, R., Über operative Behandlung der Facialislähmung. Russ. Arzt. 11. 1539.
588. Watson, Leigh F., A Method of Anoci-Association for Abdominal Operations in Selected Cases, with Nerve Block à Distance. Medical Record. Vol. 82. No. 14. p. 617.
589. Waugh, George E., Enterotomy under Spinal Anaesthesia for Acute Intestinal Obstruction in an Infant 24 Hours Old; Survival for One Month. The Lancet. I. p. 427.
590. Weinmann, Sidonie, Die Sakralanästhesie in der Geburtshilfe. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
591. Weispfenning, Dauerresultate der operativen Behandlung des Morbus Basedowii. Beitr. z. klin. Chirurgie. Bd. 79. H. 2. p. 286.
592. Werner, Fr., Ein Fall von komplizierter Schädelverletzung mit homolateraler Hemiplegie. St. Petersb. med. Zeitschr.
593. Wiedemann, Kasuistische Beiträge zur Schädelchirurgie. St. Petersburger Mediz. Zeitschr. 1913. p. 11. **(Sitzungsbericht.)**
594. Wierusz, Anton, Ein Fall von Schädelverletzung bei hoher Zange. Inaug.-Dissert. Leipzig.
595. Williams, Espy M., Abdominal Cesarean Section in Eclampsia and Central Placenta Praevia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 1538. **(Sitzungsbericht.)**
596. Willson, Venesection in Postpartum Eclampsia. The Amer. Journal of Obstetrics. Nov. p. 830. **(Sitzungsbericht.)**
597. Wilms, 1. Förstersche Operation bei tabischen Krisen. 2. Exstirpation eines Konglomerattuberkels des Kleinhirns. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 502. **(Sitzungsbericht.)**
598. Derselbe, Hyperästhetische Zonen bei Schussverletzungen des Gehirns. — Palliativtrepanation bei Tumor cerebri. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 198.
599. Wilson, H. Augustus, The Surgery of Anterior Poliomyelitis. The Therapeutic Gazette. April. p. 229.
600. Winslow, Randolph, and Spear, Irving J., Section of Posterior Spinal Nerve-Roots for Relief of Gastric Crises and Athetoid and Choreiform Movements. Report of Two Cases. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 4. p. 238.
601. Wirth, Hanns, Ein Beitrag zur Försterschen Operation. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
602. Wood, Casey A., Nasal Hydrorrhoea; its Relations to Lesions of the Brain and Visual Apparatus. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 12. Part. 2. p. 1038.

Grosshirn.

Nach **Tilmann** (553) ist der Druck in der Schädelhöhle keineswegs konstant, sondern variiert je nach der Körperlage. Dieselben Verhältnisse bestehen auch bei pathologischem Hirndruck, der übrigens, wie einzelne



Beobachtungen zu zeigen scheinen, nicht nur gesteigert, sondern gelegentlich auch herabgesetzt sein kann.

Schumacher (508) spricht sich gegen die Ausführung des Balkenstiches bei Turmschädel aus, zumal bei Kindern, weil nach seiner Erfahrung der Hirndruck beim Turmschädel meist weniger durch Liquorvermehrung hervorgerufen wird als durch das Mißverhältnis zwischen der Masse des Gehirns und der Schädelkapazität. Es ist deshalb für derartige Fälle die Trepanation das zweckmäßigere Verfahren; bei gleichzeitig bestehendem Hydrozephalus müßte sie eventuell mit der Ventrikelpunktion kombiniert werden.

Heßberg (247) meint auf Grund von sieben Fällen, daß der Balkenstich als eine ungefährliche Operation zur Hirndruckentlassung anzusehen ist, die von den Patienten — auch von Säuglingen — gut vertragen werden kann und eventuell der Palliativtrepanation vorzuziehen ist. Die augenblickliche Druckentlastung ist evident. Spätere nachteilige Folgen hat Verf. nicht beobachtet.

Mullock (400) teilt einen Fall als kasuistischen Beitrag mit.

Goetze (198) benutzt bei Hirnpunktionen zwecks schnellerer Auffindung des Bohrloches im Knochen einen Löffelbohrer mit einer Rinne, in der man, noch während der Bohrer liegt, einen Stahlmandrin einführen kann; über diesen wird dann die Kanüle eingeschoben. Die Technik der Punktion wird dadurch nicht unwesentlich erleichtert.

Nach **Straus** (542) ist das Röntgenbild imstande, in vielen Fällen chronischer Hirndrucksteigerung die Veränderung am Knochen in vivo zu zeigen. Die Veränderungen, die man findet, sind verschiedener Art: Druckusuren, verstärkte Windungsabdrücke, vertiefte Impressiones digitatae, gleichmäßige Verdünnung der Schädelwand u. a. m. Umschriebene Druckusuren weisen sogar gelegentlich auf die Lokalisation des drucksteigernden Krankheitsherdes hin.

Schüller (503) legt in dem fast 200 Seiten starken Buch, dem eine ausführliche Literaturangabe beigefügt ist, seine Erfahrungen nieder, die er im Laufe von vielen Jahren an einem überaus reichhaltigen Material gewonnen hat. Er verfügt über mehr als 5000 Röntgenaufnahmen klinischer Fälle und normaler und pathologischer Skelette. Ausgehend von der Beschreibung der Verhältnisse am normalen Schädel, erörtert Verf. in klarer und ausführlicher Darstellung die Erkrankungen des Kopfskeletts und ihre Beurteilung auf der Röntgenphotographie. Für den Neurologen sind besonders die Abschnitte von Interesse, die sich mit der Röntgendiagnostik der intrakraniellen Erkrankungen befassen. Sind diese auch meist nicht direkt auf der Röntgenplatte nachweisbar, so lassen sie sich doch in zahlreichen Fällen an charakteristischen Veränderungen des Schädels erkennen. Die Röntgenaufnahme ist daher heutzutage zur Diagnostik intrakranieller Erkrankungen nicht mehr zu entbehren und wird in vielen Fällen für das therapeutische Handeln maßgebend sein.

In den 36 von **Pfeifer** (430) mitgeteilten Fällen wurden im ganzen 91 Hirnpunktionen vorgenommen. Einmal kam es zu einer tödlichen Blutung infolge der Punktion, während in einem andern Fall die Punktionsnadel zwar den hinteren Ast der Meningea media durchbohrt hatte, aber ohne daß es zu einer Blutung gekommen wäre. Die Gefäßenden hatten sich vielmehr retrahiert und waren thrombosiert. Es ergibt sich demnach, daß die Punktion doch nicht als ganz ungefährlich angesehen werden darf, und daß strengste Indikationsstellung geboten ist. Andrerseits sind doch die Vorteile der Punktion ganz evident, denn es gelang dem Verf. nicht nur in einer Reihe von Fällen Sitz und Art des Tumors festzustellen, sondern er konnte auch



das negative Ergebnis der Punktion verwerten; wo die Punktionsnadel den klinisch diagnostizierten Tumor nicht erreichen konnte, mußte man annehmen, daß er auch für das Operationsmesser nicht erreichbar sei, was die Autopsie mehrfach bestätigte. Bei einigen Fällen von Epilepsie konnte die Punktion nichts wesentliches ausrichten.

Tilmann (555) rät zu ausgedehnterer chirurgischer Therapie der Epilepsie, und zwar nicht nur der Jacksonschen Form, sondern auch der anderen Fälle, falls es sich um sonst gesunde Menschen handelt, die aus gesunder Familie stammen. Eventuell kommt auch eine Probetrepanation in Betracht. Die beste Prognose geben die traumatischen Fälle.

Doberer (133) versuchte eine operative Behandlung der Epilepsie in der Art, daß er nach Trepanation die Dura kreuzweise einschnitt, die vier entstehenden Lappen nach außen umschlug und unter den Knochen schob; der Knochendeckel wird wieder aufgelegt und heilt gut ein. Das Verfahren ist verhältnismäßig einfach; der augenblickliche Erfolg war in den fünf vom Verf. operierten Fällen ein relativ guter. Die Beobachtungszeit ist jedoch so kurz, daß ein Urteil über den weiteren Verlauf bisher nicht möglich ist.

Higier (252) berichtet über einen 21 jährigen Patienten, welcher seit seinem 6. Lebensjahre an anfallsweise auftretender Lähmung der rechten unteren Extremität ohne Krämpfe und Bewußtseinsverlust litt. Die Anfälle wiederholten sich einige Male am Tag. Es wurde damals in diesem Fall von Epilepsia paralytica eine Kompression der Hirnrinde supponiert und vor 15 Jahren eine Trepanation ausgeführt, welche außer einer Trübung der Meningen nichts Pathologisches nachgewiesen hatte. Es trat eine Besserung ein, welche $1^1/_2$ Jahre angedauert hat. Im weiteren Verlauf haben sich aber typische allgemeine oder einseitige Krampfanfälle eingestellt mit absolutem Bewußtseinsverlust, manchmal in der Form eines Status epilepticus, welche im Laufe der Zeit immer häufiger auftraten. So entschloß sich der Verf. zu einer Exzision des linken Beinzentrums, welche vor einigen Monaten ausgeführt worden ist. Die Krampfanfälle sind nach der Operation verschwunden, um aber nach sechs Wochen sich wieder in der früheren Form und Häufigkeit einzustellen. (*Sterling.*)

v. Eiselsberg (145) berichtet über 100 Fälle, die unter der Diagnose Hirngeschwulst an seiner Klinik operiert worden sind (die Hypophysentumoren sind besonders besprochen; vgl. das nächste Referat! Ref.). Die Erfolge sind im ganzen recht wenig befriedigend; trotzdem aber sollte eine Operation stets versucht werden, zumal bei der sonst absolut infausten Prognose.

v. Eiselsberg (146) berichtet unter Mitteilung der ausführlichen Krankengeschichten über die an seiner Klinik an der Hypophyse ausgeführten Operationen und bespricht in extenso die Technik. Es handelt sich um 16 Fälle, 3 Männer und 13 Frauen. Die Symptomenbilder waren entweder die des Typus adiposogenitalis oder die der Akromegalie, einige Patienten zeigten beides in Kombination. Von den operierten Kranken sind vier gestorben, die anderen wurden gebessert, indem sie ihre Kopfschmerzen verloren und das Sehvermögen zunahm, falls es nicht schon in irreparabler Weise gestört war. Die Erfolge sind um so wesentlicher, als die Exstirpation des Tumors nie radikal war und auch nicht sein konnte. Die Mortalität mit 25% ist allerdings recht hoch; der Tod trat in allen vier Fällen an Meningitis ein. — Die Indikationsstellung muß natürlich eine sehr strenge sein. Akromegalie und Fettansatz rechtfertigen die Vornahme der Operation nicht, nur schwere Kopfschmerzen und eine erhebliche Sehstörung indizieren den Eingriff. Aber auch bei schwerer, irreparabler Sehstörung und heftigen Kopfschmerzen operiert man



besser nicht von der Nase aus, sondern legt einfach eine Palliativöffnung an. Vor Vornahme der nasalen Operation überzeuge man sich, ob nicht etwa ein Schnupfen vorhanden ist, der den Eingriff wegen der großen Infektionsgefahr absolut kontraindiziert.

Austonis (16) Umfangreiche Darstellung, welche ausgiebige anatomische, morphologische, physiologische und pathologische Untersuchungen über die Hypophyse enthält. Er beschreibt sehr eingehend die Operationsmethoden. (*Audenino.*)

Bogojawlensky (60) hat eine Hypophysengeschwulst von der vorderen Schädelgrube aus entfernt und hält diesen Weg für den einzig brauchbaren. Bei künstlicher Beleuchtung kann man unter stetiger Kontrolle des Auges arbeiten und ganz aseptisch vorgehen.

Der von **Hammerschlag** (224) leider sehr kurz mitgeteilte Fall beansprucht in mancher Hinsicht ein besonderes Interesse.

Herz (244) berichtet über 3 operierte Fälle mit gutem Ausgang. Bemerkenswert ist, daß im zweiten Falle eine Lues vorlag, die auf Quecksilber und Jod nicht reagierte. Es handelte sich um ein Gummi, daß nach Versagen der spezifischen Therapie operativ entfernt wurde; Ausgang in Heilung.

Goebel (197) glaubt in der Schädelperkussion bei Frakturen — allerdings nur bei frischen — ein brauchbares Diagnostikum zu sehen. Der Nachweis einer Fraktur gelang ihm auf diesem Wege in 13 von 15 Fällen. Der Schall ist über der Seite der Verletzung dumpf und sonor und zeigt im Bereich der Bruchstelle selbst das charakteristische schetternde Geräusch des gesprungenen Topfes. Es empfiehlt sich, am hängenden Kopf zu perkutieren, und zwar in stetem Vergleich mit der gesunden Seite. Feinere Schalldifferenzen findet man ev. mit aufgelegtem Ohr oder mit einem auf die Mittellinie aufgesetzten Stethoskop.

Helsted (237) hat eine traumatische Meningozele wegen schnellen Wachstums der Geschwulst einige Wochen nach der Verletzung radikal operiert, und zwar mit befriedigendem Erfolg. Die Dura scheint nicht verletzt gewesen zu sein.

Schaack (487) gibt eine interessante Zusammenstellung der in den letzten zehn Jahren am Petersburger Obukow-Krankenhaus beobachteten Schädelfrakturen. Es handelt sich um nicht weniger als 530 Fälle, darunter 166 Basis- und 364 Konvexitätsbrüche. (Bemerkenswert ist übrigens, daß 144 Patienten, d. h. 27 %, ihre Verletzung in der Trunkenheit akquirierten.) Die Basisbrüche sind im wesentlichen konservativ zu behandeln, während die Schädeldachfrakturen vielfach ein aktives chirurgisches Vorgehen erfordern. Die zurückbleibenden Schädeldefekte sollten, wenn keine besondere Kontraindikation vorliegt, gleich bei der ersten Trepanation gedeckt werden, und zwar am besten durch Reimplantation.

Mühsam (398) teilt seine sehr interessante Beobachtung wegen der Seltenheit derartiger Verletzungen als Beitrag zur Kasuistik mit und erwähnt zwei ähnliche, von Sonnenburg und Hermes operierte Fälle.

Sandrock (482) gibt einen kasuistischen Beitrag zur Starkstromverletzung; der Kranke starb wahrscheinlich an zentraler Atemlähmung. Da bei Jellineks Versuchen an Kaninchen und Hunden der Liquordruck nach elektrischen Insulten steigt, empfiehlt sich als Behandlung in entsprechenden Fällen eine Entlastung durch die Lumbalpunktion, wie Jellinek selbst schon empfohlen hat. Praktische Erfahrungen am Menschen liegen darüber allerdings noch nicht vor.

Im Anschluß an einen merkwürdigen Fall, den **Pagenstecher** (414) zu beobachten Gelegenheit hatte, und der in extenso mitgeteilt wird, verbreitet sich Verf. über die Pathologie des Hydrocephalus externus. Sehr häufig ist das, was man Hydrocephalus externus nennt, nur ein Hygrom der Dura, so daß man glaubte, man müsse die Bezeichnung Hydrocephalus externus am besten ganz fallen lassen. Man darf natürlich von Hydrocephalus externus nur dann reden, wenn es sich um freie Flüssigkeit zwischen Dura und Pia im Schädelraum handelt; die Zysten sind nicht dazu zu zählen. Die Meningitis serosa, zumal in ihrer chronischen Form, würde eher hierher gehören. Der echte Hydrocephalus externus scheint vorwiegend ein kongenital angelegter, bei Hirndefekten und Aplasien, zu sein. Klinisch ist ein dem Hydrocephalus externus eigentümliches Krankheitsbild wohl nicht abzugrenzen.

Pussep (448) berichtet über 14 Fälle von Hydrozephalus — 10 Hydroc. int. chron. 1 Hydroc. int. ac. 3. Hydr. interna cerebri, bei denen er Dank einer eigenen Operationsmethode günstige Resultate erzielte. Die Operation beruht darauf, daß die aus dem Ventrikel kommende Flüssigkeit unter den Subarachnoidealraum geleitet wird, dadurch wird das Gleichgewicht zwischen der intraventrikulären und epizerebralen Flüssigkeit hergestellt, der Überdruck wird durch das Verwölben der Schädeldecken ausgeglichen. (*Kron.*)

Bychowski (87) beschreibt einen Fall von Hydrocephalus internus acquisitus bei einem 14 jährigen Mädchen, welches in zehn Tagen nach einem psychischen Trauma total erblindete. Früher klagte sie nur über Kopfschmerzen, die nicht heftig waren. Ophthalmoskopisch konnte man beiderseits eine ausgesprochene Neuritis optica feststellen. Der Visus war in einem so hohen Grade herabgesetzt, daß die Kranke nur Bewegungen der Hand dicht vor den Augen sehen konnte. Keinerlei Herderscheinungen. Am nächsten Tage nach der Feststellung dieses klinischen Bildes wurde der Anton-Bramansche Balkenstich ausgeführt, der schon zwei Tage nach der Operation eine Besserung im Sehen und gute Pupillenreaktion (vor der Operation reagierten die Pupillen träge) erzeugte. Die Besserung schritt vorwärts. Acht Monate nach der Operation war das Sehvermögen auf dem rechten Auge gänzlich (1,0), auf dem linken fast gänzlich (0,9—1,0) hergestellt; ophthalmoskopisch war das Bild fast normal. Verf. äußert die Meinung, daß wir in diesem Falle mit einer Ansammlung des Liquors im III. Ventrikel, speziell in dem sog. Recessus chiasmatis nervorum opticorum, zu tun hatten, und dadurch könnte man das Fehlen anderer allgemeiner Hirndruckerscheinungen, wie auch der Herdsymptome, erklären. (*Sterling.*)

Schneider's (496) Patient fiel auf den Kopf aus der Höhe von 15 Fuß auf einen steinernen Tisch. Danach Basisfraktur mit Träufeln der Zerebrospinalflüssigkeit aus beiden Nasenlöchern. Nach einer Woche Lumbalpunktion, danach Besserung und nach mehreren Wochen Heilung. (*Kron.*)

Hübscher (267) hat zum Gegenstand seiner Dissertation einen Fall von subduraler Blutung, der einen 38jährigen Brauergehilfen betraf, infolge eines Sturzes von einer Leiter aus 2 Meter Höhe. Die Diagnose einer subduralen Blutung konnte mit großer Wahrscheinlichkeit gestellt werden, und zwar aus der längeren Dauer des freien Intervalls und den Erscheinungen des Hirndrucks. Das Erbrechen und die Veränderungen des Pulses und der Respiration dokumentierten sich als Symptome des Hirndrucks, und als lokale Symptome waren zu deuten die Parese respektive Paralyse der rechten Extremitäten, des rechten Fazialis und Hypoglossus, außerdem die motorische Aphasie; die anfangs epileptiformen, später epileptischen



(Jackson) Anfälle bildeten ein Reizsymptom, verursacht durch Druck des subduralen Hämatoms auf die motorischen Rindenzentren. Bei den Jacksonschen Erscheinungen traten zuerst Zuckungen des rechten Armes und Beines und der rechten Gesichtshälfte auf, später allgemeine Zuckungen. Für die subdurale Blutung sprach auch die Mydriasis, der frequente Puls und die erhöhte Temperatur. Das Gebiet der Blutung mußte die linke Zentralwindung sein. Erst nach einem zweiten Eingriff mit breiter Freilegung des Herdes ließen die anfangs sehr häufigen Krämpfe und die Lähmungs- und Ausfallserscheinungen fast ganz nach. (*Bendix.*)

Henke (239) bespricht die verschiedenen Behandlungsmethoden der Meningitis, speziell der rhinogenen Fälle. Die Eröffnung der Dura führt wegen des sofort eintretenden Prolapses häufig nicht zum Ziel, da zu wenig Liquor abfließt; dagegen ist die Lumbalpunktion bei der Behandlung der Meningitis von hohem Wert, wenn sie nur ausgiebig und häufig, eventuell täglich, ausgeführt wird. Von einigen Autoren wird auch die Schlitzung der Dura im Bereich der Lendenwirbelsäule oder intraspinale Medikamentinjektionen empfohlen. In der neuesten Zeit ist sogar der Versuch gemacht worden, eine vollkommene Durchspülung des ganzen Zerebrospinalsacks vorzunehmen. Das Experiment an der Leiche hatte gezeigt, daß nach Punktion des Seitenventrikels und gleichzeitiger Lumbalpunktion eine gefärbte Flüssigkeit vom Ventrikel aus durch die Punktionsnadel in der Lendenwirbelsäule gespült werden konnte. Nach diesem Versuch wurde an einem allerdings schon komatösen Kind durch einen Glastrichter Kochsalzlösung in den Seitenventrikel infundiert, wonach alsbald trübe Flüssigkeit aus der Lumbalkanüle floß. Bei Steigerung des Drucks durch Heben des Glastrichters kam ein konstanter Strom trüber Flüssigkeit mit Exsudatflocken. Der Zustand des Kindes besserte sich für einige Stunden, es erlag aber doch der Infektion. — Nebenbei rühmt Verf. die gute Wirkung des Urotropin auf den Verlauf der Meningitis, das beim erwachsenen Menschen in Tagesdosen von 6 bis 8 g gegeben werden kann.

Werner's (592) 9jähr. Pat. erhielt durch einen Hufschlag eine linksseitige Schädelverletzung. Danach Bewußtlosigkeit und schlaffe Lähmung der linken Extremitäten. Nach Trepanation und Entfernung des eingedrückten Schädelstücks erwies sich intakte pulsierende Dura. Die Lähmungen schwanden nach 2 Monaten. Verf. nimmt eine Verletzung der rechten motorischen Region par contrecoup an. (*Kron.*)

Nach einem kurzen Überblick über die in der Literatur beschriebenen Fälle von intrakraniellen epiduralen und subduralen Hämatomen — letztere sind isoliert ohne ausgedehnte Hirnzerstörungen selten — teilt **Strauß** (543) die Beobachtungen der letzten Jahre aus dem Katharinen-Hospital in Stuttgart mit.

Es handelt sich um 54 Fälle von Schädelfraktur, von denen 9 operiert werden mußten: 2 davon zeigten umschriebene Hämatome und wurden operativ geheilt. In drei weiteren Fällen wurden die Hämatome erst autoptisch nachgewiesen. Der Zustand der Patienten war aber auch bei der Einlieferung schon so verzweifelt, daß eine Operation nicht mehr ausgeführt werden konnte. Klinisch ist die Differentialdiagnose zwischen epiduralen und subduralen Hämatomen meist nicht zu stellen.

Bei der Indikationsstellung zum operativen Vorgehen bei Schädelbasisbrüchen kommt es nach **Ginsburg** (194) vor allem darauf an, festzustellen, ob eine Kommunikation der Schädelhöhle mit keimhaltigen Höhlen vorliegt. Da die bisherige Untersuchungsmethodik ein eindeutiges Urteil in dieser Hinsicht keineswegs immer zuläßt, sollte man die Indikation zur Operation



auf alle die Fälle ausdehnen, in denen eine Basisfraktur, speziell Felsenbeinfraktur, in Verbindung mit Mittelohr- oder Labyrintheiterung oder mit Liquorabfluß vorliegt.

Der von **Jäger** (283) beobachtete Patient machte 1907 einen Selbstmordversuch durch Schuß in die rechte Schläfe. Bei der im Jahre 1912 vorgenommenen Untersuchung konnte der Sitz des Projektils nicht genau lokalisiert werden, da die Symptomatologie, die der Kranke bot, durch den Verlauf des Schußkanals erklärt wurde. Vermutungsweise wurde das Tentorium als Sitz des Geschosses angenommen; bei der Operation konnte die Kugel nicht gefunden werden. Sie lag direkt, und zwar ziemlich hoch im IV. Ventrikel, wo sie anscheinend so fixiert gehalten wurde, daß sie sich nicht bewegen konnte.

Krause (312) berichtet über 4 Beobachtungen, die nicht nur in praktisch-therapeutischer Beziehung bemerkenswert sind, insofern als sie recht erfreuliche Operationsresultate aufweisen, sondern die auch klinisch-physiologisch ein besonderes Interesse beanspruchen. Die beiden ersten Fälle betrafen Kinder, die das Bild einer zerebralen Kinderlähmung mit Jacksonscher Epilepsie darboten; bei der Operation zeigte sich, daß die motorische Region und der darunter gelegene Strahlenkranz gänzlich fehlten und durch eine große Zyste ersetzt waren, in der der Plexus chorioideus frei flottierte. Trotz dieses großen Defektes stellten sich die motorischen Funktionen in relativ weitgehender Weise wieder her, und die Epilepsie schwand. In den beiden anderen Fällen handelte es sich um Herderkrankungen des Wurms, die die Freilegung des vierten Ventrikels erforderlich machten; auch diese kamen zur Heilung.

Brüning (83) deckt den Duradefekt aus der Dura selbst, indem er sie der Fläche nach spaltet und das obere Blatt umlegt, so daß die vorher dem Knochen anliegende Fläche dem Gehirn aufliegt. Technisch ist die Methode ohne große Schwierigkeiten ausführbar; das beweisen Experimente an der Leiche und 4 vom Verf. in dieser Weise operierte Fälle. Die Gefahr einer Blutung besteht nur, wenn man in die Nähe der Pacchionischen Granulationen kommt.

Karplus (295) konnte an der Leiche, bei der eine typische Schloffersche Hypophysenoperation gemacht worden war, eine Guttaperchaplombe in den Knochendefekt einfügen, die sich als durchaus haltbar erwies; er rät deshalb zu weiteren entsprechenden Versuchen bei derartigen Operationen. Die Technik wird genau angegeben.

Kleinhirn.

Oppenheim (413) berichtet über einen Fall von Kleinhirngeschwulst, der schon seit zwei Jahren als geheilt betrachtet werden kann. Der Patient, ein zwölfjähriger Knabe, geht bereits seit einem Jahr wieder in die Schule, schwimmt, turnt, radelt usw. Der Erfolg ist um so bemerkenswerter, als der Tumor recht groß und schlecht gegen die Umgebung abzugrenzen war. Verf. weist gleichzeitig nochmals auf die Veränderung des Nystagmus und des Kornealreflexes bei Lagewechsel hin, ein Symptom, das bisher vielfach nicht genügend gewürdigt wird.

Gaspero und **Streissler** (184) teilen einen Fall von Gliazyste mit und zitieren kurz die bisher beschriebenen operativ behandelten analogen Fälle.

Die von **Eiselsberg** und **Frankl-Hochwart** (147) beobachtete Kranke ist wohl als geheilt zu betrachten, da sich die Beobachtungszeit über zwei Jahre nach der Operation erstreckt. Im Anschluß an die Beschreibung der Symptomatologie und des Operationsbefundes weisen die Verff. darauf



hin, daß die Areflexie der Kornea für die Seitendiagnose eines Tumors nur mit recht großer Vorsicht zu verwerten ist.

Der von **Beyer** (51) mitgeteilte Fall war schon seit einigen Jahren wegen anfallsweise auftretender Hirndruckerscheinungen in Beobachtung, die bisher ohne operative Behandlung jedesmal zurückgegangen waren. Als schließlich doch zur Operation geschritten werden mußte, fand man eine Kleinhirnzyste, deren Inhalt in einer grünlich schillernden Flüssigkeit bestand, die zahlreiche Cholesterinkristalle enthielt. Der Kranke ist, abgesehen von rechtsseitiger Amaurose, geheilt. Über die Entstehung der Zyste kann nichts Bindendes ausgesagt werden.

Die Tentoriumrisse mit deletärer Blutung sind nach **Bauereisen** (37) bei Neugeborenen häufiger als man im allgemeinen denkt, weil sie bei den üblichen Sektionsmethoden der Beobachtung entgehen. Meist sind es operative Entbindungen, speziell der Veit-Smelliesche Handgriff, der zu den geschilderten Läsionen führt, doch kommen diese gelegentlich auch bei Spontangeburten vor. Solche Erfahrungen mahnen zu besonderer Vorsicht bei Wiederbelebungsversuchen. Schultzesche Schwingungen können naturgemäß hier großen Schaden stiften. Es empfiehlt sich daher zur Vermeidung einer derartigen Schädigung eine schonendere Wiederbelebungsmethode.

Rückenmark.

Bungart (84) zitiert kurz die in der Literatur niedergelegten Fälle und berichtet über drei eigene Beobachtungen, die mit leidlichem Erfolg operiert wurden.

Tschudi (568) hat einen Fall von multipler Sklerose nach Foerster operiert, doch ist der Erfolg keineswegs ein zufriedenstellender, wenn auch eine gewisse Besserung konstatiert werden kann.

Bondarew (63) durchschnitt bei einem 39jährigen Manne mit Magenkrisen die siebenten, achten und neunten hinteren Rückenmarkswurzeln. Am 26. Tage nach der Operation konnte Patient gehen. Schmerzen und Erbrechen waren geschwunden. (*Kron.*)

Leriche (337) hat bei einem Kranken mit Parkinsonscher Krankheit die fünfte, sechste und achte Zervikalwurzel nach dem Verfahren von Guleke durchtrennt und, wie es scheint, mit leidlichem Erfolg.

Heidenhain (232) hat an drei Kranken mit Lokalanästhesie die Laminektomie ausgeführt, die in jedem Falle vollkommen schmerzlos war. (Leider fehlen die Krankengeschichten, aus denen man hätte ersehen können, inwieweit vorher schon eine Sensibilitätsstörung bestand. Ref.)

Helm (236) weist auf die — meist unterschätzten — Nachteile der Lumbalanästhesie hin, die nur bei einsichtsvollen Patienten angewendet werden sollte und auch nur im Krankenhaus, wo sie sich allerdings oft als nützlich, sogar unentbehrlich erweist.

Lotheissen (352) führt alle bisher bekannten Fälle kurz an, die wegen gastrischer Krisen bzw. wegen neuralgischer Schmerzen operiert worden sind, und beschreibt drei eigene Beobachtungen. Die operative Mortalität beträgt 14 %; die Erfolge sind im ganzen recht zufriedenstellend. Man sollte daher in geeigneten Fällen, die allerdings sehr sorgfältig ausgesucht werden müssen, dem Kranken unbedingt zu dem Eingriff raten und auch nicht allzu lange damit warten.

v. Bonsdorff (64) schildert einen Fall von Tabes dorsalis (39jährige Frau) mit gastrischen Krisen seit zwei Jahren mit drei- bis vierwöchigen Zwischenpausen. Um die Krisen zum Aufhören zu bringen, wurde die



Resektion der Hinterwurzeln der siebenten bis neunten Thorakalsegmente ausgeführt. Patientin wurde trotzdem nicht von ihren Beschwerden befreit; die Krisen traten zwar nicht so oft auf, waren aber ebenso heftig wie vorher. Verf. bespricht die Literatur über die betreffende Operation und zieht den Schluß, daß das Resultat in nicht wenigen Fällen als genügend angesehen werden muß, daß aber in recht vielen Fällen die Operation ohne jeden Erfolg gewesen ist; eine langwierige Observation ist für die Beurteilung einer bleibenden Besserung unerläßlich, weil die Krisen nach einiger Zeit wieder auftreten können. Betreffs der Vagotomie verhält sich Verf. zurzeit etwas reserviert. Verf. hofft, daß es in der Zukunft möglich werde, differentialdiagnostisch zu entscheiden, ob die Reizquelle im Gebiet des Vagus oder des Sympathikus zu suchen ist. (*Sjövall.*)

Reichmann (463) beschreibt einen Apparat zur Lumbalpunktion und Liquoruntersuchung, der vor den bisher angewandten einige Vorteile bietet; ein wesentlicher Vorzug besteht darin, daß man nur geringe Liquormengen zu entnehmen braucht.

Reichmann (464) gibt zunächst einen kurzen historischen Überblick, geht dann auf die physikalischen und physiologischen Tatsachen ein und erörtert schließlich die diagnostische und therapeutische Bedeutung der Lumbalpunktion bei den verschiedenen Krankheiten.

In einem besonderen Abschnitt wird speziell die Wirkung des Salvarsans auf die Lumbalflüssigkeit abgehandelt. Es hat sich bei diesbezüglichen Untersuchungen die interessante Tatsache ergeben, daß Salvarsaneinspritzung eine nicht unerhebliche, allerdings meist vorübergehende, Drucksteigerung zur Folge hat, und daß die Zellenzahl des Liquors deutlich zurückgeht.

Wirth (601) teilt die Krankengeschichten von drei Fällen mit, bei denen die Förstersche Operation ausgeführt wurde. Es handelte sich um eine typische zerebrale Kinderlähmung, um eine spastische Spinalparalyse und um eine heftige Interkostalneuralgie nach Herpes zoster. Eine Besserung wurde in allen Fällen erreicht, namentlich in dem letzten. (*Bendix.*)

Heile (234) berichtet über einige von ihm operierte Fälle. Der Kranke, der wegen tabischer Krisen sich der Wurzeldurchschneidung unterzog, bekam nach der Operation eine Querschnittslähmung mit totaler Anästhesie von der sechsten Rippe an abwärts. Trotzdem traten die Krisen genau wie vor der Operation auf. Bei der — vier Monate später vorgenommenen — Sektion zeigte sich, daß das Rückenmark an der Operationsstelle ganz erweicht und in den Hintersträngen total zerstört war. Eine operative Verletzung dieser Rückenmarkspartie ist wohl auszuschließen, da keinerlei Blutung zu finden war. Die Erweichung ist daher allem Anschein nach auf myelitische Veränderungen zurückzuführen, und es hat sich offenbar nicht um eine reine Tabes, sondern um luetisch-myelitische Prozesse gehandelt. Derartige Fälle müssen natürlich in Zukunft, falls sie überhaupt als solche zu diagnostizieren sind, von der Operation ausgeschlossen werden. Bemerkenswert ist übrigens, daß die Krisen nicht aufhörten, obwohl doch das Rückenmark anscheinend vom sechsten Dorsalsegment an abwärts nicht mehr funktionsfähig war. Die Schmerzen sind demnach anscheinend nicht durch den Sympathikus, sondern durch das Vagusgebiet geleitet worden.

Sicard und **Leblanc** (521) halten nach ihren unbefriedigenden Erfahrungen mit der Frankeschen Operation, bei tabischen Krisen und Interkostalneuralgien nach Herpes zoster, die Frankesche Operation für nutzlos oder für gefahrvoll; für nutzlos, wenn man sich darauf beschränkt, den Interkostalnervenstamm herauszureißen, und für gefährlich, wenn man versucht, sich dem foramen commune zu nähern und das Spinalganglion zu ent-

fernen. Auf Grund dieser Erwägungen halten sie es für richtiger, sich direkt dem Rückenmark zuzuwenden und nach der Laminektomie die hinteren Wurzeln zu durchtrennen entweder mit oder ohne Gangliektomie. (*Bendix.*)

Pussep (449) hat in sechs Fällen von Hemitonie 0,5 cm der entsprechenden hinteren Wurzel mit Erfolg exzidiert. In den meisten Fällen genügt es, drei Wurzeln zu exzidieren. Nach der Operation ist eine Behandlung mit abnehmbaren Immobilisationsverbänden, Massage, Elektrizität erforderlich. (*Kron.*)

Geimanowitsch und **Istomin** (190) resezierten bei einem 27jährigen Patienten, der an einer Rückenmarkaffektion mit Brown-Sequardschem Typus litt, die linksseitigen Wurzeln L_3, L_4, L_5 und S_1. Die spastischen Erscheinungen hörten auf; es entwickelte sich eine schlaffe Lähmung der Oberschenkelbeuger. (*Kron.*)

Affanasjeff (2) bringt einen Überblick über die Frage der subduralen Injektionen und die Resultate eigener Experimente und Behandlungsversuche bei verschiedenen parasyphilitischen Erkrankungen und bei der Chorea minor. Bei der Chorea minor werden $1^1/_2$—2 ccm Magnes. sulf. nach einwöchentlicher Pause zweimal injiziert und gute Erfolge erzielt. Bei den spezifischen Erkrankungen erwiesen sich Sublimat und kolloides Quecksilber als besonders geeignet. Bei Erkrankungen der Hemisphäre wurde daselbst subdural, bei Erkrankungen des Rückenmarks lumbal injiziert. Die Reaktionserscheinungen bei den Injektionen unter die Dura der Hemisphäre waren geringer als bei den subduralen Injektionen am Rückenmark. Die Versuchstiere reagierten erheblich auf die Injektionen, was Verf. dadurch erklärt, daß der Zwischenraum zwischen Dura und Mark bei den Tieren geringer ist. Durch die Berührung der erkrankten Herdes mit der injizierten Flüssigkeit kommt es zu einer Reizung der betreffenden Partie, die zu einer Exazerbation führt, die ihrerseits wiederum die Rückbildung des chronisch stationären Prozesses verursacht. Nach den Injektionen mit kolloiden Metallen fanden sich in der Lumbalflüssigkeit meist polinukleäre Leukozyten statt der Lymphozyten, die bei chronischen Rückenmarksaffektionen gefunden werden. Nach der Injektion traten erhebliche Temperatursteigerungen auf, die einige Tage anhielten. Wegen der geringen Zahl der Versuche läßt sich ein abschließendes Urteil nicht bilden. (*Kron.*)

Schiller (490) hat die Stoffelsche Operation bei drei Hemiplegikern mit hochgradigen Kontrakturen der gelähmten Glieder und bei einem Falle von spastischer Diplegie erprobt, ohne wesentlichere Erfolge zu erzielen. (*Hudovernig.*)

Den Neurologen interessieren aus der Arbeit von **Läwen** (329) speziell die therapeutischen Versuche bei Magenkrisen. Es gelang dem Verf., in einem Fall durch Injektion von 50 ccm einer 1%igen Novokain-Natriumbikarbonatlösung mit nachfolgender Beckenhochlagerung eine Krise prompt zu beseitigen. Als später jedoch die Krisen wiederkamen, blieb ein nochmaliger Versuch bei demselben Patienten ganz wirkungslos, so daß schließlich noch die Foerstersche Operation gemacht werden mußte. Einige Tage nach der Operation starb der Kranke an Lungenembolie. Auch einige weitere Fälle zeigten, daß das Verfahren wirkungslos blieb; dagegen konnten gelegentlich dabei schwere Vergiftungserscheinungen konstatiert werden. Verf. wiederrät deshalb die Anwendung dieser Methode als nutzlos und nicht ungefährlich.

Die radikale Operation der Spina bifida sollte nach **Tournier** (564) nur bei dringlicher Indikation vorgenommen werden; ist der Tumor nicht zu groß, und fehlen nervöse oder trophische Störungen, so kann man ohne weiteres auf den Eingriff verzichten.



Hovelacque (266) kommt auf Grund seiner anatomischen Studien zu ungefähr folgenden Schlüssen: es gibt vier verschiedene Typen von Hinterwurzeln (oberer und unterer Zervikaltyp, Dorsaltyp, Lumbosakraltyp), die sich in charakteristischer Weise voneinander unterscheiden. Zwischen den einzelnen Wurzeln gibt es zahlreiche Anastomosen, von denen man wiederum mehrere (drei) Typen unterscheiden kann. Was die Foerstersche Operation betrifft, so muß sie als ein schwerer Eingriff bezeichnet werden. Die Modifikationen von Guleke und van Gehuchten sind — wenigstens in einer Reihe von Fällen — dem ursprünglichen Verfahren vorzuziehen.

Corner und **Bashall** (109) befürworten die Amputation völlig funktionsloser Extremitäten bei spinaler Kinderlähmung besonders dann, wenn Zeichen gestörter Blutzirkulation vorhanden sind. Sie konnten bei den acht durch Amputation behandelten Fällen spinaler Kinderlähmung eine auffallende Besserung hinsichtlich der körperlichen und geistigen Entwicklung der Kinder im Anschluß an die Amputation beobachten. (*Bendix.*)

An der Hand von 6 teils operierten, teils beobachteten Fällen entwirft **Coste** (110) ein klinisches Bild der Rückenwirbelverletzungen in ihren Beziehungen zu den Rückenmarkverletzungen. Er entwickelt aus dieser Schilderung die Operationsindikation derartiger Verletzungen und kommt hierbei zu folgenden Schlüssen:

1. Reine Verletzungen der Wirbelsäule ohne Beteiligung des Markes sind primär nur orthopädisch zu behandeln. Sekundär kommt die Entfernung des gebrochenen Knochenstückes dann in Frage, wenn starke Schmerzen, schwere Bewegungsstörungen andauernd bestehen bleiben oder endlich die Stellung des Bruchstückes — Bogenbrüche — eine sekundäre Anspießung des Rückenmarks möglich erscheinen läßt. Die Schwere des Eingriffes ist gegen die Schwere der Erscheinungen abzuwägen.

2. Intramedulläre Blutungen, Kontusionen, die klinisch nicht zu differenzieren sind, meist nebeneinander vorkommen, sind im chirurgischen Sinne ein Noli me tangere, wenn nicht zugleich eine Fraktur nachzuweisen ist. Denn letztere kann neben Kontusionen Kompression ausüben oder in den klinischen Erscheinungen eine Kontusion vortäuschen. Die Laminektomie ist alsdann möglichst bald auszuführen, da Kompressionen schnell zu irreparabeln Veränderungen im Rückenmark führen.

3. In Anbetracht der absolut infausten Prognose der Querschnittsläsionen ist die Naht der durchtrennten Teile unbedingt zu versuchen, da bereits einwandfrei, wenn auch äußerst spärlich, Fälle beobachtet sind, in welchen die Naht zum mindesten Besserung erzielte, eine Besserung, die um so mehr ins Gewicht fällt, da sie sich auf die Funktion der Blase und des Mastdarms erstreckte. Munro und Kilvingtons Versuche der Anastomosierung der austretenden Nervenbahnen, die bei Tieren bereits gelangen, verdienen weitgehende Beachtung, da sie vielleicht auch beim Menschen erreichbar sind. (*Autoreferat.*)

De Luca (354) gibt eine Beschreibung über alles, was auf dem Gebiete der Radiotherapie bei Nervenkrankheiten geleistet worden ist. Der Autor selbst hat die X-strahlen mit einigem Erfolg bei 3 Fällen von Syringomyelie angewandt (Besserung der Sensibilitätsstörungen). Ferner in einem Falle von Tabes mit gastrischen Krisen, endlich dann in einem Falle von Kleinhirntumor mit Rückenmarksmetastasen (Aufhören des Vomitus und der Synkopalkrisen!). (*Audenino.*)

Periphere Nerven.

Riedel (469) glaubt, daß Spätneuralgien nach Amputationen auf schlechte Blutversorgung des Nervenstumpfes (Verlegung einer großen Arterie?) zurück-



zuführen sind, und fordert zu diesbezüglichen Nachuntersuchungen an Amputierten auf.

Friedrich (182) empfiehlt die epidurale Injektion gegen Kreuzschmerzen bei den verschiedensten Genitalerkrankungen, wenn die anderen Behandlungsmethoden versagt haben. Die Erfolge ermutigen zu weiteren Versuchen; natürlich handelt es sich nur um ein symptomatisches Mittel.

Kulenkampff (318) geht noch einmal ausführlicher auf die Einzelheiten der Anästhesierung (anatomische Verhältnisse, Technik der Injektion und die Ausbreitung der Lähmung usw.) ein. Für den Neurologen dürfte in erster Linie eine Feststellung interessieren, die durch weit über 100 Beobachtungen sichergestellt erscheint. Das in den gebräuchlichen Atlanten dargestellte sensible Feld des Axillaris, der stets vollständig gelähmt wird, kann nicht allein von ihm versorgt werden, da sich stets nur ein ganz kleines Feld des angeblich von ihm versorgten Bezirkes anästhetisch fand. Die Haut über dem Musculus deltoides wird vielleicht von Supraklavikularnerven versorgt, die ja auch vorne bis an die Mamilla (Spalteholz) herabreichen. Weiter weist Verf. darauf hin, daß anscheinend die sensiblen Nerven im Innern der Nervenstämme gelegen sind, und zwar je mehr, je weiter peripher ihr Verbreitungsbezirk liegt. So erklärt es sich, daß die Fingerspitzen zuletzt anästhetisch werden. Die Untersuchungen von Stoffel haben dafür am Medianus am Unterarm schon den anatomischen Beweis erbracht. Endlich kann man nicht selten eine typische Sympathikuslähmung beobachten mit verengerter Lidspalte und Pupille, Erweiterung der Gefäße, vermehrter Schweißsekretion und gesteigerter Hautwärme (0,6°).

(*Selbstbericht.*)

Hirschel (255) hat seit seiner ersten Veröffentlichung (vgl. den Jahresbericht vom letzten Jahre) noch an 25 Fällen seine Methode in annähernd gleicher Weise angewendet und ist mit dem Erfolg durchaus zufrieden. Auch die von Kulenkampff angegebene Anästhesierung scheint recht brauchbar; für kleinere Eingriffe an den Fingern ist die Methode von Oberst vorzuziehen.

Die von **Jassenetzky-Woino** (286) beschriebene Methode ist technisch nicht besonders schwierig und erfordert keine vorherige Einübung an der Leiche. Verf. injizierte 10—15—20 ccm 2%ige Novokain-Adrenalinlösung und hat in 11 von 12 Fällen eine vollkommen ausreichende Anästhesie erzielt.

Krause (313) hat bei einer 72jährigen, schwer herzkranken Dame unter Novokain-Adrenalinanästhesie das Ganglion Gasseri entfernt. Die Kranke hatte vorher 0,0005 Skopolamin und 0,02 Pantopon bekommen; sie äußerte zwar gelegentlich geringe Schmerzen bei der Operation, gab aber beim Erwachen aus dem Skopolaminrausch an, daß sie nichts gemerkt hätte.

Die Arbeit **Härtel**'s (227) entstammt der Bierschen Klinik, der anatomische Teil wurde im Waldeyerschen Institut bearbeitet. Ausführliche Darstellung der Anatomie der Trigeminusstämme und des Ganglion Gasseri unter steter Berücksichtigung der Injektionstechnik. Des Verf. Methode der Leitungsanästhesie des Ganglion Gasseri wird anatomisch begründet und ihre klinische Verwendbarkeit dargetan. Sie eignet sich für alle großen Operationen im Trigeminusgebiet, wobei häufig doppelseitige Injektion ausgeführt wurde. Sie hat sich besonders bewährt für die Operation großer, auf die Schädelbasis übergreifender Oberkiefertumoren und Orbitaltumoren, während bei der Zungenexstirpation, wo außer dem Trigeminus noch andere Nervengebiete in Frage kommen, die bisherigen Methoden der Anästhesie ebensoviel leisten. Versager sind selten, Nebenerscheinungen vermeidbar. In einer Reihe von Fällen schwerer Trigeminusneuralgie wurde mit



gutem Erfolg die Alkoholinjektion in das Ganglion Gasseri ausgeführt. Dabei ist Vorsicht geboten wegen der Keratitis neuroparalytica. — Für die endoneurale Punktion des N. maxillaris im Foramen rotundum wird ein neuer, durch die Orbita führender Weg angegeben, der jedoch wegen Hämatomgefahr nur in Ausnahmefällen anzuwenden ist. — Alle bisher geübten Verfahren der Trigeminuspunktionen werden einer eingehenden Kritik unterzogen und in ihrer klinischen Verwendbarkeit gezeigt. (*Autoreferat.*)

Härtel (228) schlägt vor, die Schlössersche Alkoholinjektion in schweren Fällen in das Ganglion Gasseri vorzunehmen. Er hatte mit seiner Methode der intrakraniellen Leitungsanästhesie des Ganglion Gasseri bei 56 Injektionen den Erfolg, daß in 82 % der Fälle vollständige, in 11 % partielle Anästhesie des Trigeminusgebiets eintrat, während in 7 % das Foramen ovale infolge anatomischer Variationen nicht zu punktieren ist. Ausführliche anatomische Vorarbeiten und ein Sektionsbefund beweisen, daß tatsächlich das Ganglion erreicht wurde.

Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Novokaininjektion ins Ganglion führten in 13 Fällen nur zweimal bei leichtem oder beginnendem Leiden zu deutlichem Erfolg. In einem Fall von Leitungsanästhesie einer Oberkieferresektion wegen Sarkoms trat nach Injektion kalt gelöster Novokaintablettenlösung letale Meningitis auf.

Alkoholinjektionen wurden in 10 Fällen vorgenommen. Injektion von $^1/_2$ ccm 70—80 % Alkohol unter bestimmten Kautelen. 9 Fälle waren echte schwere Neuralgien, 1 Fall Hemikranie mit neuralgischen Beschwerden und Druckschmerz im 1. Ast und hysterischen Symptomen. Der letztere Fall bekam bald wieder Beschwerden; von den echten Neuralgien sind 8 nach jetzt 1—5 monatlicher Beobachtung geheilt, 1 Fall ist rezidiviert.

Die nach Alkohol erzielte Anästhesie ist zunächst vollständig, kehrt jedoch nach einigen Wochen meist in einem Teil des Trigeminusgebiets wieder, was beweist, daß durch einmalige Injektion von $^1/_2$ ccm meist nicht das ganze Ganglion zerstört wird.

Viermal wurden nach Alkoholinjektion ins Ganglion Hornhautgeschwüre beobachtet, die dreimal unter sachgemäßer Behandlung mit kleiner Makula ausheilten, in einem Falle, der sich der Behandlung entzog, zu Leukom mit totaler Trübung führten.

Die Alkoholinjektion ins Ganglion Gasseri ist nur in schweren Fällen, stets stationär und mit geeigneter Prophylaxe gegen Hornhautschädigungen (Uhrglasverband, Atropin, Borsalbe) durchzuführen. Weitere Verbesserung der Methode in dem Sinne, daß stets das ganze Ganglion zerstört wird, ist wünschenswert.

Vorstellung von 7 geheilten Patienten. (*Autoreferat.*)

Pussep (447) operiert bei der Entfernung des Ganglion Gasseri am hängenden Kopf; die Operation soll dadurch erleichtert werden, weil sich die Operationshöhle bedeutend erweitert.

Wanach (587) beschreibt 2 Fälle von Fazialislähmung, bei denen ein XII. Anastomose gemacht wurde. In einem Fall bestanden Mitbewegungen, im anderen nicht. Die Mimik war nicht ganz wiederhergestellt. (*Kron.*)

Pussep (444) zieht bei der Exstirpation des Ganglion Gasseri die nach hinten geneigte Kopfhaltung vor. Die Keratitis neuroparalytica läßt sich durch Atropineinträufelung und Borwaschungen beseitigen. Die Rezidive nach der Exstirpation lassen sich dadurch erklären, daß nicht das ganze Ganglion entfernt wurde, oder daß es sich bei den Patienten um eine beginnende Tabes gehandelt hat, bei der sich der Prozeß auf die nach der Operation zurückgelassene Trigeminuswurzel ausdehnt. (*Kron.*)



Im Anschlusse an einen Fall von alter Fazialislähmung mit Nervenpfropfung behandelt, faßt **Kétly** (299) seine Erfahrungen über diesen chirurgischen Eingriff in folgendem zusammen: Bei Nervendurchtrennung durch Operation oder Verletzung ist die Vereinigung sofort zu versuchen. Ist dies nicht möglich oder bei alten Fazialislähmungen ist die neurologische Behandlung (Elektrotherapie) wenigstens ein Jahr hindurch fortzusetzen, denn oft sieht man nach so langer systematischer Behandlung noch Restitution. Die Nervenpfropfung ergibt auch nach längerer Zeit noch sehr gute Erfolge, und dann bleibt auch die elektrische Reizbarkeit der Nerven und Muskeln so lange bestehen. Wegen der geringeren und weniger auffallenden Mitbewegungen ist die Pfropfung mit dem Hypoglossus derjenigen mit dem Akzessorius entschieden vorzuziehen. Jede Nervenpfropfung ergibt bloß teilweisen Erfolg: der Muskeltonus bleibt erhalten und die Atrophie tritt nicht ein; eine vollkommene Restitution der Mimik wird nie erreicht, auch ist die Spontaneität der Gesichtsbewegungen nur eine beschränkte. Charakteristisch ist, daß der Kranke, wenn er auch nach der Pfropfung das Auge zu schließen vermag, er es im Schlafen offen läßt; auch beim Kauen und Bewegen des Bissens bewegt sich nicht die gelähmte Gesichtsseite nach der Pfropfung. Ein bedeutender Vorteil des operativen Eingriffes zeigt sich im Sistieren der ständigen Tränensekretion. Atrophie der betreffenden Zungenhälfte und eine gewisse Störung der Sprache sind Nachteile der Hypoglossus-Fazialispfropfung. Die Muskelpfropfung gibt bei unbewegtem Gesicht scheinbar gute Resultate, aber bei jeder mimischen Bewegung ist die Gesichtsverzerrung eine auffallendere als ohne diese Operation. (*Hudovernig.*)

Lauenstein (328) legt zur Vermeidung von Drucklähmungen bei Esmarchscher Blutleere eine aufgerollte Binde in der Längsrichtung der Arteria brachialis unter die elastische Binde. Der Druck der letzteren wird dadurch auf die Arteria brachialis beschränkt und trifft die übrigen Weichteile, speziell die Nerven, in wesentlich geringerem Grade.

Vulpius (580) rät, bei spastischen Lähmungen zuerst die harmlose Sehnenoperation zu machen und erst, wenn diese versagt, zur Wurzeldurchschneidung nach Förster zu schreiten. Die letztere kommt überhaupt nur für ganz schwere Fälle in Betracht. Einen Vorteil der Stoffelschen Neurektomien gegenüber den Sehnenoperationen erkennt Verf. nicht an.

Vulpius (583) empfiehlt ein neues Hüftstützscharnier für Fälle von schwerer doppelseitiger Hüftlähmung. Ein 14jähriger Knabe, der seit dem zweiten Lebensjahr gelähmt war und nicht mehr laufen konnte, lernte mit diesem Apparat sehr bald stehen, gehen und sogar Treppen steigen.

Vulpius (582) macht keine Sehnenüberpflanzung vor Ablauf des ersten Jahres nach Eintritt der Lähmung, an kleineren Kindern überhaupt nicht vor dem fünften bis sechsten Lebensjahr. Dagegen sind Sehnenüberpflanzungen noch nach Jahrzehnten unter Umständen Erfolg versprechend. Falls vorher ein Redressement notwendig ist, soll man die Transplantation am besten bald anschließen. Wichtig ist auch, die fixierenden Verbände nach Sehnennähten nicht zu lange liegen zu lassen und nicht zu spät mit Bewegungen zu beginnen.

Peltesohn (426) empfiehlt für frische Fälle von Poliomyelitis die Lagerung im Gipsbett oder in der Gipslade, zumal durch die letztere die elektrische und Massage-Behandlung nicht beeinträchtigt wird. In den späteren Krankheitsstadien kommen verschiedene Methoden in Frage, speziell Redressement, Tenotomie, Transplantation und Arthrodese. Gerade bei der Arthrodese ist große Zurückhaltung geboten, keinesfalls sollte mehr als ein Gelenk an einer Extremität versteift werden.

Wichtig und recht beachtenswert in sozialer Beziehung ist der Hinweis des Verf.s, daß die Behandlung in den weitaus meisten Fällen eine poliklinische sein kann, wodurch den Angehörigen der kleinen Patienten größere Kosten erspart werden können.

Stoffel (539) isoliert im peripheren Nerven durch sorgfältige Präparation und Reizung mit einer sterilisierbaren Nadelelektrode die Bahn für den spastischen Muskel auf eine Länge von etwa 3 bis 4 cm und reseziert ein Stück davon. Der Tonus des spastischen Muskels wird dadurch geschwächt, und es stellt sich das Gleichgewicht der Muskulatur wieder her. Von Interesse ist die Feststellung, daß die spastischen Muskeln durch bedeutend schwächere Ströme erregt werden können als die andern; man kann also schon mit recht schwachen Strömen die Bahnen, die zu den spastischen Muskeln führen, quasi heraussuchen. Für die einzelnen Kontrakturen in Arm und Bein wird die Operationstechnik genau angegeben. Eine zweckmäßige und ausdauernde Nachbehandlung ist natürlich unbedingt erforderlich. Die Erfolge sind sehr zufriedenstellend, zumal an der oberen Extremität, wo die Sehnenoperationen nicht annähernd so gute Erfolge zeitigen.

Stoffel (541) beginnt seine Ausführungen mit einer Mahnung zu intensiverer Prophylaxe der spastischen und der Schrumpfungskontrakturen und geht dann auf die Methoden ein, die zur Beseitigung der einmal vorhandenen Kontrakturen bisher angewendet wurden. Die von ihm selbst angegebene neue Operation, die Verf. bereits fast 100mal angewendet hat, beruht auf der neu erworbenen Kenntnis von der topographischen Anatomie der peripheren Nerven: der periphere Nerv ist kabelartig aus einzelnen Nervenbahnen zusammengesetzt, die am Querschnitt des großen Extremitätennerven immer eine ganz bestimmte Lage einnehmen. Es läßt sich demnach am Nerven die Bahn zu einem bestimmten Muskel bzw. Muskelabschnitt stets genau bestimmen und isoliert lädieren. Indem man nun einen Teil der zu einem spastischen Muskel ziehenden Bahnen durchschneidet bzw. reseziert, gelingt es, in diesem Muskel einen Teil der Muskelabschnitte zu lähmen, während die restierenden Abschnitte spastisch bleiben. So behält der Muskel zwar seine Aktionsfähigkeit, wird aber doch soweit geschädigt, daß er das Muskelgleichgewicht in der Extremität nicht mehr stört. Verf. erläutert an einzelnen Fällen die Technik der Operation und die nicht minder wichtige Nachbehandlung.

Neurosen. Basedowsche Krankheit.

Puławski (442) nimmt in der Frage der chirurgischen Behandlung des Basedow einen vermittelnden Standpunkt ein und befürwortet die operative Therapie, wenn der erste Anfall nach einigen Monaten nicht abgeklungen ist, oder wenn nach erfolgter Besserung eine neue Verschlimmerung eintritt.

Meyer (380) spricht sich für die operative Behandlung des Basedow aus und meint, daß die Mißerfolge sich durch zu unausgiebige Drüsengewebsentfernung erklären. „Der Erfolg ist proportional der Menge des exstirpierten Drüsengewebes."

Riedel (468) rät auf Grund einiger von ihm operierter Frühfälle von Basedowscher Krankheit zu möglichst zeitigem Eingreifen; bemerkenswert ist, daß in einem Fall des Verf.s der Kropf eigentlich erst bei der Operation entdeckt wurde, da es sich um eine retrosternale Struma handelte. Man muß also an Basedow bei verdächtigen Symptomen auch dann denken, wenn ein Kropf nicht ohne weiteres nachweisbar ist.

Hooton (261) hat in 80% seiner Fälle mit Röntgenstrahlen bei Basedowscher Krankheit zufriedenstellende Resultate erzielt.

Schumacher und **Roth** (509) haben bei einem Fall von Basedow mit Myasthenie — Krankengeschichte wird genau mitgeteilt — die Thymektomie ausgeführt. Die Basedow-Symptome und die Myasthenie wurden erheblich gebessert; das Blutbild, das vor der Operation eine ausgesprochene Lymphozytose aufwies, bildete sich zur Norm zurück. Später mußte allerdings auch noch die Strumektomie vorgenommen werden, weil die Struma sich rapide vergrößerte.

Die Röntgenbestrahlung bei der Basedowschen Krankheit ist nach **Nemenoff**'s (403) Beobachtungen in jenen Fällen indiziert, wo die Operation nicht gemacht werden kann. Verf. sah gute Resultate. Durch die vorhergegangene Röntgentherapie wird die Operation nicht erschwert. (*Kron.*)

Szöllös (548) referiert über die Erfolge der operativen Basedow-Behandlung der Dolligerschen Klinik. Operiert wurden insgesamt 13 Fälle, in welchen die Krankheitsdauer zwischen 8 Monaten und 9 Jahren schwankte, das Alter war zwischen 14 und 47 Jahren. In 2 Fällen richtete sich der chirurgische Eingriff bloß gegen den starken Exophthalmus (Entfernung der lateralen Orbitawand nach Dollinger, danach temporäre Blepharorhaphie). In 8 Fällen Strumektomie mit Unterbindung der beiderseitigen oberen und unteren Arteriae thyr. In 3 Fällen bloße Unterbindung ohne Strumektomie (und zwar in 2 Fällen bloß obere, in 1 Fall obere und untere Unterbindung). In den Fällen von bloßer Arterienunterbindung waren die Erfolge fast ebenso gut wie in den Fällen von Unterbindung mit Strumektomie. Die 11 Strumaoperationen wurden in Lokalanästhesie vorgenommen. — Was nun die Erfolge betrifft, so waren die Orbitaleingriffe insofern zufriedenstellend, als es in beiden Fällen gelang, das ulzerierte Auge zu retten. Bei den Strumaoperationen war 1 Todesfall, 10 Fälle wurden auffallend gebessert: Diarrhöen, Schweiße und die nervösen Erscheinungen hörten auf, Exophthalmus verschwand langsam, der Tremor rasch, die Kranken nahmen rasch an Gewicht zu, wurden bald arbeitsfähig. Bemerkenswert, daß in keinem Falle interne oder klimatische Kuren vorangingen. Verf. stellt die chirurgische Behandlung des Basedow einer jeden anderen voran. (*Hudovernig.*)

Von 35 (in den Jahren 1889—1910) operierten Fällen, die der Arbeit von **Weispfenning** (591) zugrunde liegen, sind 3 gestorben; 5 wurden nicht nachuntersucht. Die übrigen zeigten ausnahmslos einen unmittelbaren Operationserfolg. Was jedoch den Dauererfolg betrifft, so ist eine Dauerheilung nur bei 43% der Kranken zu verzeichnen. Von Interesse ist dabei, daß sich in den Fällen von Dauerheilung die charakteristische Blutveränderung nicht mehr nachweisen läßt.

Die in den letzten Jahren operierten vier Fälle lassen ein definitives Urteil noch nicht zu, sind aber bisher als gebessert, speziell in bezug auf den Blutbefund, zu bezeichnen.

Spezielle Therapie der Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks und der peripherischen Nerven. Psychotherapie.

Ref.: Dr. S. Kalischer-Schlachtensee b. Berlin und A. Münzer-Schlachtensee b. Berlin.

1. Abrams, Albert, Behandlung des Aneurysma aorticum. Allg. Wiener Mediz. Zeitung No. 2. p. 15.
2. Albu, A., Die Differentialdiagnose der abdominellen Krampfzustände und ihre Behandlung. Klinischer Vortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 22. p. 1025.



3. Alexander, G., Die Fürsorge für taubstumme Kinder vor dem schulpflichtigen Alter. Monatsschr. f. Ohrenheilk. No. 5. p. 483.
4. Alombert, J., et Aymès, A propos de la Sabromine dans le traitement de l'épilepsie. Arch. de Neurol. 10. S. T. I. No. 4. p. 255.
5. Anderson, Wm. K., A Case of Morphinomania, Cured by the Hyoscine Method. The Practitioner. Vol. 86. No. 6. p. 881.
6. André-Thomas, Psychothérapie. Préface de M. le Prof. Dejerine. Paris. J. B. Baillière et fils.
7. Arthur, R., Psychotherapeutics. Australasian Med. Gazette. Nov.
8. Atwood, Charles E., Treatment of Habits. Medical Record. Vol. 82. No. 4. p. 143.
9. Auché, B., et Lataste, M., Méralgie paresthésique guérie par des injections sous-cutanées d'air. La Provinze médicale. No. 22. p. 249.
10. Barré, A., Traitement spécifique du tabes. Le Journal médical français. No. 8. p. 336.
11. Baudy, Etudes historique et critique des traitements du tétanos. Thèse de Paris.
12. Baum, Felix, Über Ischiasbehandlung. Zentralbl. f. die ges. Therapie. April. p. 171.
13. Becker, Wern. H., Alte und neue Epilepsiebehandlungsmethoden. Fortschritte der Medizin. No. 41. p. 1281.
14. Derselbe, Neue Epilepsiemittel. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 1. p. 9.
15. Beddard, Oliver, A Suggestion for Treatment of Certain Forms of Coccydynia. Brit. Med. Journ. I. p. 822.
16. Beebe, P. S., Medical Treatment of Exophthalmic Goiter. New York State Journal of Medicine. Sept.
17. Bentley, B. J., Treatment of Epilepsy by Chloretone. Australasian Med. Gazette. Dec.
18. Bériel, L., Note pour servir à l'étude du traitement des névralgies par les injections profondes d'alcool. Lyon médical. T. CXIX. p. 977. (Sitzungsbericht.)
19. Derselbe, Les processus de neurolyse et les injections thérapeutiques d'alcool dans les névralgies. ibidem. T. CXIX. p. 1136. (Sitzungsbericht.)
20. Bérillon, L'onychophagie et son traitement psychothérapique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 197. (Sitzungsbericht.)
21. Derselbe, Psychothérapie de la douleur morale. La collaboration psycho-chirurgicale. Gaz. méd. de Paris. No. 175. p. 382.
22. Bering, R. E., Clinical Symptoms of Alcoholism and its Treatment. California State Journal of Medicine. Aug.
23. Berkeley-Hill, O., Psycho-Analytic Method of Treatment of Neuroses. Indian Med. Gazette. June.
24. Bernart, William, Intravenous Injections of Carbolic Acid in Tetanus. New York Med. Journal. Vol. XLV. No. 17. p. 875.
25. Bernstein, M., Définition et valeur thérapeutique de l'hypnotisme. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 402.
26. Bing, Robert, Neurologie. Behandlung der Chorea minor. Medizin. Klinik. No. 5. p. 197.
27. Derselbe, Neurologie: Behandlung der Neuralgien. ibidem. No. 13. p. 532.
28. Derselbe, Neurologie. Behandlung der Apoplexie. ibidem. No. 20. p. 834.
29. Blum, F., Über die interne Behandlung des Morbus Basedowii. Schweiz. Rundschau. f. Medizin. No. 6.
29a. Bode, P., Ueber künstliche Atmung bei Lähmung des Atmungszentrums. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 123. (Sitzungsbericht.)
30. Bogardus, H. J., Treatment of Infantile Paralysis. Journal Med. Soc. of New Jersey. Febr.
31. Boncour, P., Pratique de la gymnastique orthophrénique dans la cure de l'instabilité psychomotrice. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 338.
32. Bondurant, Eugene D., Hysteria and Psychotherapy. Medical Record. Vol. 81. No. 10. p. 454.
33. Bonjour, Die Grenzen der Psychotherapie. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. Ergzh. 1. p. 98 (370). (Sitzungsbericht.)
34. Bonnier, Pierre, Réflexothérapie et centrothérapie. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXIII. No. 33. p. 498.
35. Borowiecki, Karpińska, Bandrowski, Die Freudsche psychoanalytische Methode. Neurol. Centralbl. 1913. p. 475. (Sitzungsbericht.)
36. Borsum, Amalie, Zur Pflege epileptischer Personen. Zeitschr. f. Krankenpflege. No. 8. p. 255.
37. Bouman, L., Die Freudsche Psychoanalyse. Psychiatr. en Neurol. Bladen. 16. 634.
38. Boyd, J., Alcoholism and Suggestion, with two Extreme Cases. Australasian Med. Gazette. Febr. 3.
39. Branson, William P. S., Psychotherapy and General Medicine. The Lancet. I. p. 92.



40. Bratz, Was kann Erziehung gegen ererbte Anlagen erreichen? Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 7. p. 510.
41. Brewer, Isaac W., The Treatment of Seasickness — A Report of Twenty-two Cases Treated by Veronal. The Therapeutic Gazette. June. p. 381.
42. Brown, William Mortimer, Toxemia of Pregnancy. A Consideration of Treatment. The Amer. Journal of Obstetrics. June. p. 980.
43. Buzzard, Farquhar, The Early Diagnosis and Treatment of Epilepsy. The Lancet. I. p. 1401.
44. Cabanès, Les cures par le rire. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIV. No. 10. p. 378.
44a. Derselbe, La thérapeutique des couleurs. ibidem. No. 9. p. 334.
45. Cade, A., et Leriche, R., Etude clinique, pathogénique et thérapeutique des crises gastriques. Le Journal médical français. No. 7. p. 289.
46. Caffee, B. V., Treatment of Raynauds Disease by Hyperemia. Journal of Indiana State Med. Assoc. Aug. 15.
47. Campbell, Harry, Facial Spasm Treated by Injection. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Neurological Section. p. 157.
48. Carswell, T. J., Induction of Labor in Puerperal Eclampsia. Journal of Med. Assoc. of Georgia. Oct.
49. Carter, A. H., A Case of Uraemia Treated by Morphine. Brit. Med. Journal. II. p. 1181.
50. Castaigne, J., et Gouraud, F. X., Le traitement non specifique du tabes. Le Journal médical français. No. 8. p. 347.
51. Châtelain, Auguste, Hygiene des Nervensystems. Autorisierte Übersetzung von Prf. Dr. A. Mühlan. Leipzig. F. C. W. Vogel.
52. Cheyne, W., Treatment of Alcoholism: Who Shall Treat it? Journ. of South Carolina Med. Assoc. March. VIII. No. 3.
53. Chijs, A. van der, Über die Heilung der Zwangsvorstellungen (Phobien, Obsessionen), insbesondere über den sog. „Trac" (Furcht beim Auftreten) der Künstler. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 4. p. 206.
54. Claparède, Ed., Etat hypnoïde chez un singe. Arch. des Sciences physiques et naturelles. 1911. T. 32. p. 161.
55. Derselbe, Procédé pour controler l'authenticité de l'hypnose. ibidem. 1911. T. 32. p. 159.
56. Clark, L. Pierce, The Curability of Idiopathic Epilepsy, with Report of Twenty-Nine Cures. The Arch. of Internal Medicine. Vol. 9. No. 1. p. 1.
57. Cobb, Ivo Geikie, Suggestive Medicine. The Practitioner. Vol. 89. No. 4. p. 561.
58. Cohen, Solomon Solis, The Non-Surgical Treatment of Exophthalmic Goitre. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLIV. No. 1. p. 13.
59. Comanos Pacha, Action du lantol dans un cas de méningite cérébro-spinale à paraméningocoque. Le Progrès médical. No. 51. p. 644.
60. Comby, J., Prophylaxie et traitement de la poliomyélite épidémique. Arch. de méd. des enfants. No. 5. p. 374.
61. Commandeur, Le traitement médical de l'éclampsie puerpérale. Le Journal méd. français. No. 1. p. 18.
62. Coughlin, Robert E., The Treatment of Puerperal Eclampsia. Medical Record. Vol. 82. No. 9. p. 386.
63. Crenshaw, H., Forbidden Food for Epileptic. Southern Med. Journal. Sept.
64. Derselbe, Environment in the Treatment of Nervous Disorders. Medical Record. Vol. 81. No. 10. p. 469.
65. Derselbe, Quinine and Urea Hydrochloride in Trifacial Neuralgia. A Preliminary Note. The Therapeutic Gazette. Dez. p. 844.
66. Crespin, J., La psychothérapie dans les gastropathies. La Province médicale. No. 40. p. 435.
67. Crocq, J., Hypnotisme, suggestion et psychothérapie. Journal de Neurologie. No. 15. p. 281.
68. Crothers, T. D., Psychic Treatment of Spirit and Drug Neurosis. The Alienist and Neruol. Vol. 33. No. 4. p. 429.
69. Derselbe, Treatment of Inebriates. Old Dominion Journ. of Med. and Surg. April.
70. Derselbe, Medical Treatment of Inebriety. Lancet-Clinic. Oct. 12.
71. Derselbe, The Empirical Treatment of Spirit and Drug Neuroses. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 14. p. 685.
72. Derselbe, Home and Office Treatment of Inebriety. Vermont Med. Monthly. Nov.
73. Cruchet, René, L'hypnotisme. Valeur thérapeutique de la suggestion dans les hypnoses. Journ. méd. français. 1911. 15. févr.
74. Deenhouts, A., Treatment of Puerperal Eclampsia. Journ. of Michigan State Med. Soc. July.



75. Delius, H., Die hypnotische Behandlung des Asthma nervosum. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. Ergzh. 1. p. 102 (374). **(Sitzungsbericht.)**
76. Delprat, C. C., Suspension beim Krampf im Gebiete des Nerv. accessorius. Festschrift H. Traub. p. 664.
77 Dempwolff, Der gegenwärtige Stand der Schlafkrankheitsbekämpfung in Deutsch-Ostafrika. Medizin. Klinik. No. 14. p. 592.
78. Dercum, F. X., The Medical Treatment of Epilepsy. The Therapeutic Gazette. March. p. 157.
79. Descos et Chevallier, Tétanos aigu traité par la méthode de Baccelli. Mort. La Loire médicale. No. 1. p. 31—33.
80. Deutsch, Hugo, Ueber Trinkerbehandlung und Trinkerfürsorge. Wiener klin. Wochenschr. p. 1180. **(Sitzungsbericht.)**
81. Devaux, Armand, Traitement de l'épilepsie par l'acide borique. Ann. méd.-psychol. X. S. T. I. p. 301.
82. Dietel, Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2145.
83. Donáth, J., Bálint, Ulrich, Kochsalzarmes Regime bei Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 1463. **(Sitzungsbericht.)**
84. Dornblüth, Otto, Die Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Leipzig. Veit & Co.
85. Drysdale, H. H., The Practicability of Freuds Psycho-Analytic Therapy in Treatment of Psychoneuroses. Ohio State Med. Journal. Jan.
86. Derselbe, An Apparently Successful Psychoanalysis. The Cleveland Med. Journal. Vol. XI. No. 6. p. 429.
87. Dubois, Paul, Die Dialektik im Dienste der Psychotherapie. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 5. p. 278.
88. Derselbe, Ethik und Psychotherapie. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 35. p. 1321.
89. Derselbe, La psicoterapia razionale. Boll. delle cliniche. No. 4. p. 176.
90. Dupouy, Royer, Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses leur traitement par la psychothérapie. Annales médico-psychol. 10 S. T. I. p. 48.
91. Derselbe, Morphinomanie familiale d'origine thérapeutique; deux morts; deux guérisons, après vingt ans de Morphinisme continu. Revue neurol. 2. S. p. 784. **(Sitzungsbericht.)**
92. Durham, R., Care of Premature Infants. Arch. of Pediatrics. June.
93. Dylewa, A., Psychogene Dyspepsien und ihre Behandlung. Aerztl. Ztg. (Russ.) **19.** 146. 201.
94. Ely, F. A., Alcoholic Injections for Tri-Facial Neuralgia. Journal of Jowa State Med. Soc. Aug.
95. Erp Taalman Kipp, M. J. van, Die Behandlung funktioneller Neurosen. Amsterdam. Scheltema en Holkemas Boekhandel.
96. Esmonet, Ch., La musique dans les maladies. Le Progrès médical. No. 45. p. 562.
97. Eulenburg, A., Über Psychotherapie und medizinische Psychologie. Sammelreferat. Medizin. Klinik. No. 48. p. 1963.
98. Fabbri, La psichoterapia negli stati neuro-psicopatici. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 260. **(Sitzungsbericht.)**
99. Fackenheim, Die Crotalinbehandlung der Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 1302. **(Sitzungsbericht.)**
100. Fairfax, H. R., Hypnotism as Therapeutic Agent. West Virginia Med. Journ. Jan.
101. Farez, Paul, Impotentia coeundi guérie par la reéducation alimentaire. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 196. **(Sitzungsbericht.)**
102. Derselbe, La psycho-narco-anesthésie. Arch. internat. de Neurologie. 1913. 11. S. T. I. p. 51. **(Sitzungsbericht.)**
103. Fetterole, G., Relief of Pain in Advanced Tuberculosis of Larynx by Means of Injections of Alcohol into Internal Laryngeal Nerve. Annals of Otology. March.
104. Finckh, J., Die Nervenkrankheiten, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung. Gemeinverständliche Darstellung. 4. umgearbeitete Auflage. München. Verlag d. ärztl. Rundschau.
105. Fine Licht, C. de, Behandling af Ekklampsi med Luftinjektion i Mammae. Ugeskr. for Laeger. July 18.
106. Flexner, Simon, The Local Specific Treatment of Infections, with Especial Reference to Epidemic Meningitis. Edinbourgh Med. Journal. N. S. Vol. VIII. No. 5. p. 389.
107. Fourcault, A propos d'hypnotisme et de persuasion en psychothérapie. Thèse de Paris.
108. Fraenkel, Max, Gute Beeinflussung der multiplen Sklerose durch Fibrolysininjektionen. Neurol. Centralbl. p. 1325. **(Sitzungsbericht.)**
109. Fränkel, A., Beachtenswerter Fall der „Spasmosan-Behandlung" bei einem jüngeren Kinde. Allg. Mediz. Zentral-Ztg. No. 47. p. 163. (cf. p. 1013.)
110. Franz, Shepherd Ivory, The Present Status of Psychology in Medical Education and Practice. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 13. p. 909.



111. Freud, S., Psycho-Analysis. Australian Med. Gaz. April 13.
112. Derselbe, Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. Zentralbl. f. Psychoanalyse. H. 9. p. 483.
113. Derselbe, Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse. ibidem. 2. Jahrg. H. 3. p. 109.
114. Freund, R., Eklampsietherapie. **(Sammelreferat.)** Medizin. Klinik. No. 21. p. 876.
115. Friedlaender, R., und Vogt, H., Therapie der Psychoneurosen. Berl. klin. Wochenschr. No. 52. p. 2448.
116. Frierson, S. E., Treatment of Eclampsia. Mississippi Med. Monthly. June.
117. Fromm, Nelson K., The Salicylates in the Treatment of Acute Chorea. Albany Med. Annals. No. 11. p. 636.
118. Fröschels, Emil, Lehrbuch der Sprachheilkunde. (Logopädie.) Wien. Fr. Deuticke.
119. Furtmüller, Karl, Psychoanalyse und Ethik. München. E. Reinhardt.
120. Gardère, Le traitement de la chorée de Sydenham. Le Progrès Médical. p. 5.
121. Geijerstam, de, L'hypnotisme dans le traitement de la neurasthénie, de l'hystérie et des idées fixes. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 53. **(Sitzungsbericht.)**
122. Gerest et Arbez, Deux cas de tétanos. Tétanos suraigu, traitement par le sulfate de magnésie; mort. Tétanos subaigu, traitement par la methode de Bacelli; guérison. Loire médicale. 1911. 15. Nov. p. 333.
123. Goerke, Max, Neuere Vorschläge zur Reform des Taubstummenunterrichts. Internat. Centralbl. für Ohrenheilk. Bd. X. H. 6. p. 225.
124. Goins, G. W., Psychotherapy. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Oct.
125. Gordon, Alfred, Convulsive Movements of the Face: Their Differential Diagnosis. Effect of Alcoholic-Injections. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 2. p. 97.
126. Derselbe, Psychotherapeutics. Old Dominion Journ. of Med. and Surgery. XIV. No. 3.
127. Grandjean, Un cas de phobie accentuée rapidement guérie par la psychothérapie rationnelle pure. Soc. suisse de Neurol. 29—30 avril. 1911.
128. Grasset, J., et Rimbaud, L., Thérapeutique des maladies du système nerveux. Paris. O. Doin.
129. Graves, W. C., Care of Epileptics in Special Institutions in United States. Journ. of Missouri State Med. Assoc. April.
130. Greyl, Eva, Die Geduld am Krankenbette. Zeitschr. f. Krankenpflege. No. 8. p. 247.
131. Grinker, J., Freuds Psychotherapy. Illinois Med. Journal. Aug.
132. Grober, J., Die Behandlung der Chorea minor. Klinischer Vortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 18. p. 833.
133. Grube, C. G., The Dietetic Treatment of Infantile Tetany. Arch. of Pediatr. 29. 24.
134. Derselbe, Dietetic Treatment of Convulsions and Allied Conditions Occurring in Infants, with Special Reference to the Rôle Played by the Inorganic Salts. Medical Record. Vol. 82. p. 1009. **(Sitzungsbericht.)**
135. Guidoni, Le Hoquet et sa thérapeutique populaire. Thèse de Montpellier.
136. Hallopeau, Nécessité de la sieste après le repas. Revue de l'hypnotisme.
137. Harris, E. E., Value of Psychotherapy. Journal of Jowa. State Med. Soc. Febr.
138. Hartenberg, Paul, Le traitement médical du goitre exophthalmique. Journal de Médecine de Paris. No. 18. p. 355.
139. Derselbe, Traitement des neurasthéniques. Paris. F. Alcan.
140. Derselbe, La dysphagie spasmodique des névropathes et son traitement. Journal des Practiciens. 10 août.
141. Hartungen, Ch. E. v., Die Bedeutung der Psychoanalyse für das moderne Sanatorium. Klin. therapeut. Wochenschr. No. 22. p. 651.
142. Hecker, H., Die Überarbeitung der Krankenpflegerin. Strassb. Mediz. Ztg. No. 10—12. p. 257—277. 357. 400.
143. Heller, Th., Grundriss der Heilpädagogik. Leipzig. Wilh. Engelmann.
144. Herrick, James B., Report of a Case of Diabetes Insipidus with Marked Reduction in the Amount of Urine Following Lumbar Puncture. Arch. of Internal Medicine. Vol. 10. No. 1. p. 1.
145. Herz, Max, Ueber die psychische Behandlung der chronischen Herzkrankheiten. Dtsch. Aerzte-Zeitung. No. 1—2. p. 1. 17.
146. Herzog, Die Therapie der Gesichtsneuralgien. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 25. p. 739.
147. Heym, A. B., Pathologie und Therapie der Epilepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1835. **(Sitzungsbericht.)**
148. Hinsberg, Zur Urotropin-Therapie der Meningitis. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1067.
149. Hinshelwood, James, The Treatment of Wordblindness, Aquired and Congenital. Brit. Med. Journal. I. p. 1033. **(Sitzungsbericht.)**



150. Hirschberg, Ein Fall von Ischias und Proctitis chron. senum durch Atophan günstig beeinflusst. Therapeut. Monatshefte. No. 10. p. 721.
151. Hirschfeld, A. C., Treatment of Meningitis. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. May.
152. Holste, C., Zur Stroganoffschen Eklampsiebehandlung. Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. 36. H. 5. p. 523.
153. Hummel, E. M., Treatment of Cerebral Hemorrhage. Lancet-Clinic. March. 2.
154. Hunt, Edward Livingston, The Treatment of Locomotor Ataxia. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLIV. No. 3. p. 398. (cf. No. 192.)
155. Isserlin, M., Bewegungen und Fortschritte in der Psychotherapie. Allg. Wiener Mediz. Ztg. No. 16. p. 178. und Ergebn. d. Neurol. u. Psych. 1911. I. H. 1—2. Jena. G. Fischer.
156. Jaworski, La spondylothérapie d'Abrams. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 249.
157. Derselbe, A propos de la réflexothérapie. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 400.
158. Jödicke, P., Neuere Arbeiten über Therapie der Epilepsie. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 16—18. p. 481. 517. 552.
159. Jones, Ernest, Ein klares Beispiel sekundärer Bearbeitung. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 135.
160. Derselbe, The Therapeutic Action of Psychoanalysis. Review of Neurol. and Psych. 10. 53.
161. Jung, Ph., Die Behandlung der klimakterischen Beschwerden des Weibes. Klinischer Vortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 15. p. 689.
162. Kahane, Heinrich, Das psychagogische Heilverfahren. Wiener klin. Wochenschr. No. 7. p. 274.
163. Kapferer, Richard, Über die prophylaktische Therapie der Eklampsie von Stroganoff. Wiener klin. Rundschau. No. 2—6. p. 17. 35. 49. 66. 84.
164. Kirkley, Cyrus A., Treatment of Eclampsia. Medical Record. Vol. 82. p. 594. **(Sitzungsbericht.)**
165. Klein (Bäringer), S., Zur Therapie der Netzhautschlagader-Embolie. Wiener mediz. Wochenschr. No. 19. p. 1250.
166. Klotz, Max, Die Behandlung der Enuresis nocturna. Fortbildungsvortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 49. p. 2297.
167. Kocher, Theodor, Erfolge einer neueren Behandlungsmethode bei Tetanus. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 26. p. 969.
168. Krause (Bonn), Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung. Neurol. Centralbl. p. 598. **(Sitzungsbericht.)**
169. Kress, Die Musik im Dienste der Heilkunst. Klin.-therap. Wochenschr. No. 2. p. 49.
170. Kronecker, Einiges aus der modernen Prophylaxe und Therapie der Beriberi. Dtsch. Medizin. Presse. No. 17—18.
171. Kudicke, Behandlungsergebnisse bei der Schlafkrankheitsbekämpfung im Bukoba-Bezirk. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. Bd. 16. H. 12. p. 401.
172. Kühnelt, Erik, Taschenbuch für Aerzte in Sanatorien und sonstigen physikalisch-diätetischen Heilanstalten. Wien-Leipzig. 1911. Wilhelm Braumüller.
173. Kuhnt, H., Zur Behandlung der Hornhautulzeration bei hochgradigem Basedow-Exophthalmus. Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. XXVII. H. 4. p. 333.
174. Kuttner, L., Zur Differentialdiagnose der Magenneurosen und ihre Beziehungen zur Therapie. Die Therapie der Gegenwart. No. 1—2. p. 4. 57.
174a. Kuwata, Y., Ueber die von mir konstruierte Schreibmaschine. Neurologia. Bd. IX. H. 4. (Japanisch.)
175. Laimé, Quelques résultats obtenus chez les sourds et sourds-muets par la rééducation de l'ouie. Gaz. des hopitaux, No. 60. p. 904.
176. Lambert, A., Care and Control of Alcoholic. Boston Med. and Surg. Journ. April 25.
177. Lange, Jer., Weitere Mitteilungen zur Injektionsbehandlung der Neuralgien. Neurol. Centralbl. p. 655. **(Sitzungsbericht.)**
178. Laval, Ed., La sciatique, son traitement. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIV. No. 12. p. 456.
179. Leiner, J. H., Tics and Their Treatment; Education vs. Hypnosis. Medical Record. Vol. 82. N. 14. p. 616.
180. Leredde, Traitement du tabes. Gaz. des hôpitaux. p. 887. **(Sitzungsbericht.)**
181. Leszynsky, William M., The Treatment of Sciatica by Perineural Infiltration. Medical Record. Vol. 81. No. 7. p. 314.
182. Leubuscher, Über neuere Behandlungsmethoden der Epilepsie. Neurol. Centralbl. p. 1466. **(Sitzungsbericht.)**
183. Levie, D. J. de, Ueber die Behandlung des Bettnässens. Dtsch. Krankenpflege-Ztg. No. 23. p. 352.



184. Levot, P., Déchloruration et bromuration dans le traitement de l'épilepsie. Thèse de Lyon. 1911.
185. Lévy, Paul-Emile, Les principes du traitement rééducateur dans la neurasthénie et les névroses. Journal de Neurologie. No. 24. p. 461. u. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIV. No. 21. p. 818.
186. Lichtenstein Die abwartende Eklampsiebehandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 33. p. 1798.
187. Derselbe, Die abwartende Eklampsiebehandlung. (45 eigene und 193 gesammelte Fälle.) Archiv f. Gynaekol. Bd. 98. H. 3. p. 415.
188. Derselbe, Aktive oder abwartende Eklampsiebehandlung? Zentralbl. f. Gynaekol. No. 47. p. 1571.
189. Lichtnitzky, W., Die hauptsächlichsten Störungen der zeitgenössischen rationalistischen Psychotherapie. Psychotherapie. (Russ.) **3.** 1.
190. Lilienstein, Der „unblutige Aderlass“ (Phlebostase). Medizin. Klinik. No. 8.
191. Lissmann, Zur Behandlung der sexuellen Impotenz. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 24. p. 1313.
192. Livingston, E., The Treatment of Locomotor Ataxia. The American Journal of the Med. Sciences. Sept. p. 398. (cf. No. 154.)
193. Lorand, A., Beitrag zur Frage über die Entstehungsweise der Kopfschmerzen und ihre rationelle Behandlung. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 41. p. 2226.
194. Lukács, P., Einige Worte über die Frage der Psychoanalyse. Orvosok Lapja. **15.** 56.
195. Lungwitz, Hans, Zur Behandlung der nervösen Schlaflosigkeit. Moderne Medizin. H. 5. p. 99.
195a. Luzenberger, A. di, Compendium der therapeutischen Klinik der Nervenkrankheiten. Casa editrice libraria V. Idelson. Neapel.
196. Mackintosh, J. Stewart, Arrest of Severe Epilepsy in A Child Aged Four. Brit. Med. Journal. I. p. 883.
197. Maier, Zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Arteriosklerose. Allg. Mediz. Centralztg. No. 34. p. 443.
198. Maier, Hans W., Versuche mit einer neuen Art der Bromdarreichung bei salzarmer Kost („Sedobrol-Roche“). Münch. Mediz. Wochenschr. No. 36. p. 1950.
199. Maier, Ludwig, Einfluss des Milieuwechsels auf die Frequenz epileptischer Anfälle bei Kindern. Inaug.-Dissert. München.
200. Mainzer, Mitteilungen über die Alkoholinjektionsbehandlung der Gesichtsneuralgien. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1689. **(Sitzungsbericht.)**
201. Manning, Jacolyn Van Vliet, Treatment of the Acute Stage of Poliomyelitis before the Appearance of Paralysis. The Amer. Journal of Obstetrics. Aug. p. 300.
202. Manninger, W., Die Behandlung der Thyreosen (Basedow). Orvosi Hetilap. **56.** 358.
203. Marcinowski, J., Im Kampf um gesunde Nerven. Wegweiser zum Verständnis und zur Heilung nervöser Zustände. 4. neu durchgesehene Auflage. Berlin. Otto Salle.
203a. Marcinowski, J., Der Mut zu sich selbst. Das Seelenleben des Nervösen und seine Heilung. Berlin. Otto Salle.
204. Marie, A., et Jaworski, H., Les réflexopathies et la réflexothérapie. Gaz. méd. de Paris. No. 149. p. 173.
205. Marine, David, The Anatomic and Physiologic Effects of Jodin on the Thyroid Gland of Exophthalmic Goiter. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 8. p. 325.
206. Maurice, A., Les surdités d'origine nasale et leur traitement rééducateur. Archives gén. de Médecine. Avril. p. 293.
207. Derselbe, Rééducation de l'ouïe. Gaz. des hopitaux. No. 103. p. 1440.
208. Mc Ilhenny, P., Hyperemic Treatment of Acute Anterior Poliomyelitis. Boston Med. and Surg. Journ. July 18.
209. Mc Kernon, Die intraspinale Injektion von Urotropin bei eitriger Meningitis. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 870. **(Sitzungsbericht.)**
210. Mello-Leitaô, Treatment of Nocturnal Enuresis in Children. Brit. Journ. of Children Dis.
211. Meyer, E., Die Behandlung der Schlaflosigkeit. Klinischer Vortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 37. p. 1721.
212. Meyer, O. B., Die Injektionsbehandlung der Neuralgien, speziell der Ischias. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1690. **(Sitzungsbericht.)**
213. Meylan, George, Some Observations on the Value of Physical Activities in the Treatment of Atypical Boys. The Amer. J. of Obstetrics. Jan. p. 186.
214. Mitchell, S. Weir, The Medical Treatment of Epilepsy. The Therapeutic Gazette. March. p. 153.
215. Mohr, Fritz, Entwicklung und Ergebnisse der Psychotherapie in neuerer Zeit. Ergebnisse d. inneren Medizin u. Kinderheilk. Bd. IX. p. 458.



216. Montet, Ch. de, L'état actuel de la Psychoanalyse. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. 2. No. 3. p. 141. 224.
217. Moore, H. S., Alcoholic Injection of Superior Laryngeal Nerve. California State Journal of Med. May.
218. Moore, W. B., Management of Puerperal Eclampsia. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 1918. (Sitzungsbericht.)
219. Moritz, Über die Behandlung der Ischias mit Kochsalzinjektionen. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. p. 244. (Sitzungsbericht.)
220. Müller, Eduard, Therapeutischer Vorschlag bei schwerer Migräne. Münch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 439. (Sitzungsbericht.)
221. Derselbe, Gehäufte epileptiforme Konvulsionen bei einem 9 Jahre alten belasteten Mädchen; Bromkalium wirkungslos; massenhaft Askariden und Oxyuren; Wurmkur; sofortiges und bisher andauerndes Verschwinden der Krämpfe. ibidem. 1913. p. 215. (Sitzungsbericht.)
222. Murray, George R., The Principles of Treatment in Exophthalmic Goitre. The Lancet. I. p. 489.
223. Musser, John H., Problems in the Treatment of Exophthalmic Goitre. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLIII. No. 6. p. 810.
224. Naamé, Pathogénie et traitement du mal de mer. Bull. gén. de Thérapeutique. T. CLXIII. No. 12. p. 461.
225. Netter, Arnold, Contribution à l'étude du traitement de la méningite cérébrospinale. Bull. de l'Acad. de Médecine de Paris. 3. S. T. LXVII. No. 5. p. 104.
226. Neuburger, Max, Allgemeine Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten vor hundert Jahren. Wiener klin. Wochenschr. No. 19.
227. Newell, F. S., Treatment of Eclampsia. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Aug.
228. Niles, G. M., Rôle of Psychotherapy in Pellagra. Virginia Med. Semi-Monthly. Aug. 23.
229. Nonne, Max, Aerztliche und juristische Forderungen für die Heilung Alkoholkranker. Hamburg. Verlag v. Deutschlands Grossloge II des I. O. G. T.
230. Oberndorf, C. P., Essentials of Freuds Theory of Psycho-Analysis. Amer. Journ. of Urology. June.
231. O'Connor, B. J., Treatment of Alcoholism. Kentucky Med. Journal. March. 15. X. No. 6.
232. Ohlshausen, v., Zur Therapie der Eklampsie. Berl. klin. Wochenschr. p. 568. (Sitzungsbericht.)
233. Oppenheim, R., Traitement de l'urémie convulsive. Le Progrès médical. No. 14. p. 180.
234. Orbison, Thomas J., The Training-Camp Method in the Treatment of the Functional Neuroses. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 2. p. 86.
235. Otto, E., Zur Umfrage über die Behandlung des Morbus Basedowii. Medizin. Klinik. No. 24. p. 991.
236. Pachantoni, D., Die Isolierung der Psychoneurosen nach Art der Klostermönche. Wiener mediz. Blätter. No. 18. p. 203.
237. Derselbe, L'isolement cénobitique dans les psychonévroses. Revue méd. de la Suisse Romande. No. 7. p. 531.
238. Pagenstecher, Alexander, Behandlung der Tollwut vor 100 Jahren. Therapeut. Monatshefte. No. 6. p. 436.
239. Pallasse, E., Tétanos traité par injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie. La Province médicale. No. 34. p. 375.
240. Parker, George, Treatment of Tetanus with Magnesium Sulphate, with Report of Three Cases. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 23. p. 1746.
241. Parkyn, H. A., Auto-suggestion, ce que c'est et comment on peut s'en servir pour atteindre santé, bonheur et succès. Bruxelles o. J. Librairie de culture humaine. P. Nyssens.
242. Patrick, Hugh T., Technic and Results of Deep Injections of Alcohol for Trifacial Neuralgia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 3. p. 155.
243. Paul, W. E., Freuds Psychology as Applied to Children. Boston Med. and Surg. Journ. CLXI. No. 14.
244. Pershing, H. T., Treatment of Neuralgia. Colorado Medicine. Febr.
245. Peters, Ernst, Die Technik der Seekrankheitstherapie. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 5. p. 227.
246. Pettey, G. E., Treatment of Chronic Alcoholism. Journ. of Tennessee State Med. Assoc. Jan.
247. Pewnitzky, A., Über Psychoanalyse bei der Behandlung von Alkoholikern. Psychotherapie. (russ.) 3. 21.
248. Pfleiderer, Alfred, Ueber die Behandlung von Lähmungen im Gebiete der Sprechwerkzeuge. Medic. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesver. Bd. LXXXII. No. 49—50. p. 765. 781.



249. Pinard, A., Du traitement prophylactique de l'éclampsie puerpérale. Le Journal méd. français. No. 1. p. 14.
250. Pio, E., e Petro, F., La protoclisi bromurata nello stato di male epilettico. Giorn. di Psich. clin. 1911. 39. 45.
251. Potocki, De la saignée dans le traitement des accidents prééclamptiques et des accès éclamptiques. Revue pratique d'Obstétrique. Jan. XX. No. 1.
252. Price, O. J., Mental Therapeutics. Chicago Med. Recorder. March.
253. Prince, Morton, The New Psychology and Therapeutics. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 13. p. 918.
254. Pudor, Heinrich, Therapeutik der Seele. Pädagogisches und Psychologisches. Der praktische Arzt. No. 6. p. 142.
255. Raabe, W., Über die Durchführung einer milchlosen Kost bei Spasmophilie (Krampfbereitschaft). Therapeut. Monatshefte. Mai. p. 338.
256. Rammel, W. E., Cure of Opium and Morphin Habitués. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. Febr.
257. Raoult, A., Rééducation (anakinésie) de l'ouïe, par la méthode électro-phonoïde (procédé de Zund-Burguet). Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 14. p. 632. u. Revue méd. de l'Est. p. 225. 257.
258. Ratner, Grundlinien einer zukünftigen rationellen Therapie der unorganischen Nervenkrankheiten. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 35.
259. Derselbe, Die Neurotische Albuminurie. Anhang zum Aufsatz über Grundlinien zur Therapie der Neurosen. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 34. p. 401.
260. Rauzier, G., Médications générales de l'involution sénile. Bibliothèque de Thérapeutique de Gilbert-Carnot. 1911. Paris. Baillière.
261. Raydt, H., Fröhlich wandern. Leipzig. B. G. Teubner.
262. Reinsch, Seekrankheit und Bromural. Zentralbl. f. die ges. Therapie. Juli. p. 337.
263. Reusz, Friedrich von, Ueber die Anstaltsbehandlung der Hysterie im Kindesalter. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 76. H. 3. p. 283.
264. Rifaux, Marcel, De la pratique de la psychothérapie dans le traitement des états neurasthéniques. Lyon médical. 1911. No. 40. p. 706.
265. Riklin, F., Über Psychoanalyse. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 27. p. 1015.
266. Robin, A., Behandlung des ictus apoplecticus, der zerebralen Syphilis und der Hemiplegie. (Aus: Bull. gén. de thérap. 1911. No. 9.) Dtsch. Aerzte-Zeitung. No. 7. p. 97.
267. Robinson, G. W., Treatment of Morphinism by Lambert Method. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. May.
268. Roemheld, L., Beschäftigungstherapie bei Neurosen, Enuresis nocturna und Hypnose. Paramyoclonus multiplex. Mediz. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesver. Bd. LXXXII. No. 45—46. p. 709. 725. 740.
269. Roger et Baumel, Crises gastriques tabétiques traitées par les injections sous-arachnoïdiennes de novocaïne et de sulfate de magnésie. La Presse médicale. No. 64. p. 658. und Montpellier médical. T. 35. p. 561.
270. Rosenberg, Josef, Neue Behandlungsweise der Epilepsie unter Berücksichtigung der hysterie-neurasthenieähnlichen Krankheitserscheinungen. Russ. mediz. Rundschau. No. 3. p. 53.
271. Rosi, U., Cura della ischialgia con speciale riguardo al metodo Baccelli. Policlinico. Oct.
272. Ross, D. L., Treatment of Epilepsy. Yale Med. Journ. Febr.
273. Bouman, L., und Stärcke, A., Freuds Psychoanalyse. Psych. en neurol. Bladen. 13. 346. 365. (cf. No. 37.)
274. Rucker, S. T., Fundamental Principles of Psychotherapy. Journ. of Tennessee State Med. Assoc. Dec.
275. Runräh, John, Treatment of Nacturnal Enuresis in Children. The Amer. Journ. of the Med. Sciences. Vol. CXLIII. Febr. p. 185.
276. Sansailow, M., Über den therapeutischen Wert der Hypnose. Russ. Arzt. 11. 1284.
277. Schaumann, H., Über die Darstellung und Wirkungsweise einer der in der Reiskleie enthaltenen, gegen experimentelle Polyneuritis wirksamen Substanzen. Arch. f. Schiffs- und Tropenhygiene. No. 10. p. 349.
278. Schiller, jun., Aktive und konservative Eklampsiebehandlung. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 436.
279. Schnée, Adolf, Beiträge zur Therapie von Gicht, Rheumatismus und Neuralgien. Fortschritte der Medizin. No. 34. p. 1062.
280. Schreider, N., Psychotherapeutische Beobachtungen. Psychotherapie. (russ.) 3. 269.
281. Schüle, 1. Die Behandlung der Ischias und V. Neuralgie. 2. Die peripherische Injektionstherapie. 3. Die epidurale Injektion. 4. Behandlung einer Neuralgie des II. Trigeminusastes. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2541. (Sitzungsbericht.)
282. Schurig, Zur Behandlung der Herzneurosen. Medizin. Klinik. No. 52. p. 2102.



283. Scripture, E. W., What is Psychoanalysis? Medical Record. Vol. 81. p. 919. (Sitzungsbericht.)
284. Seligmann, Behandlung von 3 Fällen von Gaumenparalyse nach Diphtheritis. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 362. (Sitzungsbericht.)
285. Sermensan, Les sels de quinine dans le traitement de la maladie de Basedow. Thèse de Paris.
286. Shanahan, William, The Medical Treatment of Epilepsy. The Therapeutic Gazette. p. 165.
287. Shirres, D. A., Deep Injections of Alcohol for Trifacial Neuralgia, 102 Cases. Canadian Med. Assoc. Journ. Sept. II.
288. Sicard, J. A., Traitement de l'épilepsie commune, dite „essentielle". Le Journal médical français. No. 4. p. 167.
289. Derselbe et Galezowski, Syndrome de Horner consécutif à la neurolyse ganglionnaire du trijumeau, an cours de la névralgie faciale. Bull. Soc. franç. d'Opht. 1911. p. 208.
290. Derselbe et Leblanc, Alcoolisation du nerf saphène externe dans les algies du bord externe du pied. Gaz. des hopit. p. 1107. (Sitzungsbericht.)
291. Sick, K., Allgemeine Krankenhäuser und die Bekämpfung des chronischen Alkoholismus. Die Alkoholfrage. 8. 109.
292. Singer, Kurt, Die Behandlung tabischer Schmerzparoxysmen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Referate. Bd. V. H. 6. p. 561.
293. Derselbe, Neurologie: Die Behandlung der Schmerzen bei Tabes. Medizin. Klinik. No. 24. p. 996.
294. Smith, G. Bellingham, The Treatment of Eclampsia. The Practitioner. Sept. Vol. LXXXIX. No. 3. p. 316.
295. Smithson, Oliver, Two Cases of Tetanus Treated by Subdural Injections of Magnesium Sulphate. Brit. Med. Journal. I. p. 181.
296. Solis-Cohen, Solomon, Nonsurgical Treatment of Exophthalmic Goiter. Medical Record. Vol. 81. p. 833. (Sitzungsbericht.)
297. Somers, A. B., Management of Toxemia of Pregnancy. Western Med. Review. April.
298. Sophian, Abraham, Sanatory Measures Against Cerebrospinal Meningitis. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 1482. (Sitzungsbericht.)
299. Spangler, Ralph H., The Crotalin Treatment of Epilepsy. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 11. p. 520.
300. Steffen, H., Die salzarme Kost in der Behandlung der Epilepsie. Epilepsia. Vol. III. No. 4. (u. Ergänzungsh.) p. 325. 429.
301. Steiger, Max, Zur Frage der konservativen Therapie der Eklampsie. Corresp.-Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 17. p. 617.
302. Stein, Ph., Die psychologische Behandlung der Trinker. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. No. 1. p. 47.
303. Stekel, Wilhelm, Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Mit einem Vorwort von Prf. Dr. Siegmund Freud. Berlin—Wien. Urban & Schwarzenburg.
304. Stendel, Die Bekämpfung der Schlafkrankheit in Deutsch-Ostafrika. (Feuilleton.) Wiener klin. Rundschau. No. 14. p. 215.
305. Stevens, E. A., Deep Injections of Alcohol for Persistent Neuralgia. Kentucky Med. Journ. Febr.
306. Steward, A. H., Place of Psychotherapy in Healing Art. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. Jan.
307. Stoney, Florence Ada, On the Results of Treating Exophthalmic Goitre. Brit. Med. Journal. II. p. 476. (Sitzungsbericht.)
308. Stroganoff, W., Dem Andenken K. N. Antschutins gewidmet. Die Eklampsiebehandlung nach der prophylaktischen Methode in den Berliner Kliniken. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 25. p. 800.
309. Derselbe, Traitement de l'éclampsie par la méthode prophylactique dans les cliniques obstétricales de Berlin. Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juillet. 2. S. T. IX. p. 396.
310. Derselbe, Zur theoretischen Begründung der prophylaktischen Methode der Eklampsiebehandlung. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 45. p. 1497.
311. Swift, Homer F., and Ellis, Arthur W. M., The Direct Treatment of Syphilitic Diseases of the Central Nervous System. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 2. p. 53.
312. Szászy, St., Ohne Antitoxin geheilte Tetanusfälle. Gyógyászat. No. 37.
313. Taylor, E. W., Possibilities of a Modified Psychoanalysis. The Journ. of Abnormal Psychology. 6. 449.
314. Thomas, André, L'isolement en psychothérapie. Paris médical. No. 18. p. 427.
315. Derselbe, Psychothérapie. Paris. Baillière et fils.



316. Thomas, E., La psychothérapie dans la pratique médicale, son champ d'action, ses limites. Revue méd. de la Suisse Romande. No. 3. p. 221.
317. Tibbals, F. B., Treatment of Trifacial Neuralgia by Deep Alcohol Injections. Journ. of Michigan State Med. Soc. April.
318. Tilney, Frederick, On the Treatment of Cerebral Hemorrhage a the Time of the Occurrence. Medical Record. Vol. 82. p. 830. **(Sitzungsbericht.)**
319. Toulouse, E., et Piéron, H., Sur le mécanisme de la rétention du brome dans l'hypochloruration. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. 16. Okt. p. 398.
320. Tourneau, Über die Behandlung der Eklampsie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 439. **(Sitzungsbericht.)**
321. Trömner, Kontorarbeit und Nervenschutz. Wiener klin. Rundschau. No. 7. p. 73.
322. Derselbe, Durch Hypnose geheilte Fälle von Enuresis nocturna. Neurol. Centralbl. p. 1334. **(Sitzungsbericht.)**
323. Tutyschkin, P., Die Psychoanalyse als Methode der psychologischen Diagnostik und Psychotherapie. Revue f. Psych. (russ.). 17. 173.
324. Tuvache, Le traitement de la sciatique. Ann. med.-chir. de province. 1911.
325. Ulbrich, Martin, Die Krankenseelsorge. Beiträge aus der Arbeit: für die Arbeit an Kranken-, Siechen- und Sterbebetten. Gütersloh. C. Bertelsmann.
326. Ulrich, A., Über Epilepsie und ihre Behandlung. Ber. z. Jubiläum der Schweizer Anstalt für Epileptische in Zürich. 1886—1911.
327. Derselbe, Leitsätze für die Brombehandlung der Epilepsie. Schweizerische Anstalt für Epileptische.
328. Derselbe, Mitteilungen über fünfjährige Erfahrungen der Epilepsiebehandlung bei salzarmer Kost. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 36—37. p. 1947. 2007.
329. Velden, von den, Der Einfluss des Willens auf die Krankheit. Aerztl. Rundschau. No. 11. p. 123.
330. Derselbe, Hypnotisme, suggestion, psychothérapie. Bruxelles. Albert Dewit.
331. Veraguth, Otto, Die Grundlagen der Psychotherapie. Klinischer Vortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 50. p. 2345.
332. Vires, J., Les urémies et leur traitement. Gaz. des hôpit. No. 46. p. 673.
333. Vlavianos, La théothérapie. Revue grecque de Psych. 1911. p. 57.
334. Vogt, H., Kritik der psychotherapeutischen Methoden. Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 44. H. 5—6. p. 428.
335. Derselbe, Über Erziehung der Gefühle. Medizin. Klinik. No. 15. p. 607.
336. Derselbe, Freudsche Hysterieanalyse. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 102. **(Sitzungsbericht.)**
337. Derselbe, Wesen, Wert u. Grenzen der Duboisschen psychotherapeutischen Methode. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 838. **(Sitzungsbericht.)**.
338. Voigts, Zur Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff. Berl. klin. Wochenschr. No. 37. p. 1771.
339. Volland, Zur Behandlung der Eklampsie. Therapeut. Monatshefte. Mai. p. 350.
340. Wagner, Karl, Ueber Behandlung genuiner Epilepsie mit Epileptol. Allg. Wiener Mediz. Ztg. No. 32. p. 417.
341. Derselbe, Über Starrkrampfbehandlung. Münch. tierärztl. Wochenschr. 56. 246.
342. Walcher, G., Abspritzen des Kolostrums bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 42. p. 1388.
343. Wallace, Arthur J., The Suppression of the Convulsion in Eclampsia. The Lancet. II. p. 1574.
344. Wallin, J. E. Wallace, Eight Months of Psycho-Clinical Research at the New Jersey State Village for Epileptics, with Some Results from the Binet-Simon Testing. Epilepsia. Vol. III. No. 4. p. 366.
345. Walsh, James J., Psychotherapy in Organic Disease. Albany Med. Annals. Vol. XXXIII. No. 1. p. 1.
346. Wanke, Über Psychoanalyse. Fortschritte der Medizin. No. 7. p. 193.
347. Wasson, W. L., Treatment for Alcoholics and Drug Habitués. Vermont Med. Monthly. March 15.
348. Watson, W. Bertram, The Diagnosis and Treatment of Sciatica. With a Note on the Methods in Use at Harrogate. Brit. Med. Journal. I. p. 946.
349. Waugh, W. F., Aplicaciones de las teorias de Freud. Semana Medica. Dec. 5.
350. Derselbe, Towne Method for Drug Habitues. Vermont Med. Monthly. June 15.
351. Weeks, D. W., What New Jersey is Doing for the Epileptics. Arch. of Pediatrics. 29. 303.
352. Weill, E., Le traitement de la chorée de Sydenham. Le Progrès médical. No. 1. p. 5.
353. White, William A., The Study of Mind in Medical Education. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 19. p. 1417.
354. Wiest, Anna, Beschäftigungsbuch für Kranke und Rekonvaleszenten, Schonungsbedürftige jeder Art, sowie für die Hand des Arztes. Stuttgart. Ferd. Enke.



355. Wilcox, Reynold Webb, A Note on the Treatment of the Gastric Neuroses. Monthly Cyclopedia and Med. Bull. Vol. V. No. 11. p. 641.
356. Williams, Eppy, Intramammary Injections of Oxygen in the Treatment of Eclampsia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No, 7. p. 538.
357. Williams, T. A., The Role and Methods of Psychotherapy in Psychasthenia Predisposing to Inebriety. Medical Record. 1911. 4. Nov. u. Med. Press and Circular. Febr. 28.
358. Derselbe, Rational Treatment of Hysteria Without Minute Psychoanalysis. Washington Med. Annals. Jan.
359. Derselbe, Chronic Visceral Pain in Relation to Surgery and Psychotherapy. Med. Press and Circular. June 12.
360. Derselbe, On the Radical Removal of the Conditions Causing Arterial Changes Leading to Non-Psychogenic Disturbances of the Nervous System. Monthly Cyclopedia and Med. Bulletin. 1911. Nov.
361. Derselbe, The Treatment of Writers Cramp and other Occupational Neuroses. The Journ. of Abnormal Psychology. 7. 99.
362. Williamson, W. T., Treatment of Syphilis of Central Nervous System. Northwest Medicine. Febr.
363. Wittmaack, Die Prognose und Behandlung der Ohrgeräusche. Klinischer Vortrag. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 39. p. 1817.
364. Zoeppritz, B., Die Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 8. p. 409.
365. Zweifel, P., Ueber den Aderlass bei der Behandlung der Eklampsie. Arch. f. Gynaekologie. Bd. 97. H. 1. p. 1.

In der allgemeinen Therapie der Nervenkrankheiten stehen die Arbeiten über Psychotherapie noch immer im Vordergrunde. Es hat fast den Anschein, als ob dabei die Ernährung, die Isolierung, Beschäftigung, wie die physikalischen und roborierenden Körpereinwirkungen verdrängt und etwas vernachlässigt werden sollten. Mehr gewürdigt wird eine rationelle psychische Beeinflussung und methodische Behandlung auch der körperlich Kranken. Allgemein kommt man zu dem Resultate, daß alle psychischen Behandlungsmethoden berechtigt sind und oft gemeinsam anzuwenden sind, indem man in dem einzelnen Falle bald die eine, bald die andere wird mehr in den Vordergrund treten lassen. Die ganze Persönlichkeit ist zu beeinflussen und zu behandeln, und die Erziehung der Gefühle wird des intellektuellen Belehrungsverfahrens nicht entbehren können, ebensowenig wie die dialektische und ethische Aufklärung ohne Wirkung auf die Affekte durch die Persönlichkeit des Arztes und seiner Methode (Autorität, Suggestion) die höchsten Wirkungen erzielen wird. Auch in der Richtung der Freudschen Schule macht sich vielfach eine weise Mäßigung bemerkbar, indem der heilenden, erzieherischen, aufklärenden Wirkung der Psychoanalyse mehr Gewicht beigelegt und das erotische Element nicht ausschließlich in den Vordergrund gestellt wird. Auch in der Alkoholfrage wird der psychischen Beeinflussung, Erziehung und Belehrung der Erkrankten ein großer Wert beigelegt. Die in Amerika und Frankreich vielfach geübte Reflexotherapie und Spondylotherapie hat in Deutschland noch wenige Anhänger gefunden, während die Zahl der Osteopathen in Amerika noch sehr wächst. In der Behandlung des Morbus Basedowii sucht die interne Therapie mit Recht ihre Geltung zu betonen und zu verlangen, ehe die chirurgische Hilfe ohne weiteres aufgesucht wird.

In der Epilepsie hat die Beschränkung der Salzzufuhr wohl Einschränkung erfahren, aber doch das Feld behauptet. Bei der Eklampsie mehren sich die guten Erfahrungen mit dem Stroganoffschen Verfahren.

Allgemeines.

Neuburger (226) legt seinen Mitteilungen über die Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten vor hundert Jahren das Werk des Wilnaer



Professors Josef Frank (1771—1842) zugrunde: Praxeos medicae universae praecepta. Bei den primären oder idiopathischen Nervenaffektionen steht an der Spitze die psychische Behandlung auf ethischer Grundlage, die Ablenkung der Aufmerksamkeit des Kranken von seinem Leiden durch Beschäftigung seiner Sinnestätigkeit. Bei den sekundären Nervenleiden ist die vorhandene Diathese zu bekämpfen. Die Grundgedanken in der Therapie der Nervenkrankheiten sind bis heute so ziemlich die gleichen geblieben.

Im allgemeinen Teil behandelt **Luzenberger** (195a) zunächst die Prophylaxe, die Diätetik, die Physiotherapie der Nervenkrankheiten, sodann die Psychotherapie und die medikamentöse Therapie.

Im speziellen Teil befaßt sich der Autor mit der Therapie der Krankheiten der peripheren Nerven, des Rückenmarks, des Gehirns und der Neurosen. (*Audenino.*)

In gemeinverständlicher Darstellung schildert **Finckh** (104) hier in klarer und knapper, aber doch vollkommener Form die Ursachen der Nervenkrankheiten und ihre Bekämpfung. Das Buch sagt Laien alles Wesentliche, was sie davon wissen und auch gut verwerten können. Speziell die Lehren über Arbeit, Erholung, Erziehung sind sehr anregend.

Die Hygiene des Nervensystems umfaßt das kleine Buch **Châtelain**'s (51), das alles bietet, was sich zur Prophylaxe der Nervenkrankheiten sagen läßt und der Beherzigung wert ist.

Ratner (258) führt die Neurosen auf eine mangelhafte Fähigkeit des Darmtraktus, das heterologe Eiweiß der eingeführten Nahrung homolog zu machen, zurück. Auf dieser Basis kommt es darauf an, möglichst wenig heterologes Eiweiß mit der Nahrung einzuführen, um die Toxizität desselben aufs Minimum zu reduzieren. Hierzu dient neben mäßigem Milchgenuß eine vorwiegend vegetabilische Nahrung mit viel Fett und Kohlehydraten. Zweitens kommt es darauf an, ein homologes oder dem menschlichen Albumen möglichst nahekommendes Eiweißprodukt ausfindig zu machen. Einstweilen dürften Pflanzen-, Milch- und Kalbfleischeiweiß von Neurasthenikern besser vertragen werden als Käse-, Bier- und Hülsenfruchteiweiß. Drittens käme es darauf an, die im Körper Neurotischer kreisenden toxischen, heterologen Eiweißsubstanzen der eingenommenen Nahrung zur Ausscheidung zu bringen. Dazu dienen Diaphoretika, Einpackungen, Dampfbäder, diuretische Mineralwässer neben eiweißarmer Nahrung.

Unter neurotischer, nicht nervöser Albuminurie versteht **Ratner** (259) einen Zustand, in welchem sich durch den infolge der allgemeinen Nervosität gestörten Stoffwechsel Spuren von Albumen im Urin finden. Leichte Kochsalzwässer (0,6 prozentig) wirken sehr günstig auf diese Albuminurie wie auf den nervösen Zustand.

Die Spondylotherapie von Abrams besteht, wie **Jaworski** (156) hervorhebt, aus einer Reflextherapie, welche die Beeinflussung der medullären Bahnen durch verschiedene Mittel und besonders durch die Perkussion der Wirbel im Auge hat (Reflexothérapie vertébrale). Daß die medullären Zentren durch Perkussion erregt werden, sieht man aus dem Eintreten der Muskelreflexe (Sternocleidomastoideus, Bizeps, Trizeps). Auch sind Hüftmuskeln (Glutaei) und Kremasterreflexe durch Beklopfen der Lumbalwirbel zu erzielen. Ebenso wie durch Perkussion sind durch Anwendung der sinusoidalen Ströme medulläre Zentren zu erregen. Die Beklopfung des 7. Zervikalwirbels erzeugt Kontraktionen des Herzens und der Aorta, die konstant bleiben, wenn die Reizung oft wiederholt und lange fortgesetzt wird. Andernfalls folgt eine Erweiterung desselben. Auch der Zustand der Aorta abdominalis



ist auf diese Weise zu beeinflussen. Eine Perkussion der unteren Dorsalwirbel erzeugt eine Dilatation des Herzens und der Gefäße. Vom 4. und 5. Zervikalwirbel ist der Zustand der Lunge (Kontraktion) zu beeinflussen. Vom 6. bis 8. Dorsalwirbel ist eine Dilatation der Lunge zu erzielen. Auf diese Weise kann eine Myokarditis, Angina pectoris beeinflußt werden. Vom 2. und 3. Dorsalwirbel ist auch eine schnelle Herabsetzung des arteriellen Drucks zu regeln. Vom 6. und 7. Dorsalwirbel hingegen bewirkt man eine Erhöhung des Blutdrucks. Aneurysmen, Lungenaffektionen können durch die Reflexotherapie günstig behandelt werden.

Jaworski (157) tritt für die Berechtigung des Begriffes Reflexotherapie ein, für die direkte Beeinflussung der bulbären Zentren, sei es, daß man einen Reizzustand dieser Zentren, einen krankhaften Erregungszustand hemmt oder einen künstlichen Reizzustand erzeugt, der nützliche und gewünschte Reflexwirkungen hervorruft. Die Reflexotherapie kann von den Wirbeln ausgehen, von den Schleimhäuten, so der Urethra, von wo man durch Vasodilatation der Beingefäße bei Tabes Wirkungen erzielen kann. Mitunter ist eine häufige Wiederholung der Reizung zu einem dauernden Effekt nötig. Von der Nase erzielt man verschiedene Reflexe, die therapeutisch zu verwerten sind. Auch die Osteopathien wirken vom Knochen aus auf die bulbären und nervösen Zentren, die dann wieder auf andere Organe ihren Einfluß ausüben.

Bonnier (34) weist hier auf seine früheren Arbeiten über die direkte Behandlung der Nervenzentren durch Druck, Erregung der regulatorischen bulbären Zentren auf mechanischem Wege (Perkussion) hin, eine Methode, die von Jaworski als Reflexotherapie bezeichnet wurde. Schon Vasalon und die Chinesen haben diese Methode angewandt. Die bulbären Zentren, die regulierend und nicht reflektorisch wirken, sind direkt von der Haut aus oder von den Knochen (Wirbeln) oder von den Schleimhäuten (Nase, Urethra) zu erregen und zu beeinflussen. Das Wort Reflexotherapie scheint Bonnier daher ungeeignet. Jede zentripetale Erregung ist nicht ein Reflex. Die Veränderung, die durch Reizung von der Peripherie in den bulbären Zentren eintritt, bezeichnet Bonnier als Epistasie. Ihm scheint der Name Zentrotherapie geeigneter für die direkte Erregung der bulbären Zentren, die dann auf die Organe anders einwirken als in dem physiologischen, nicht gereizten Zustande.

Lilienstein (190) wandte bei Herzkompensationsstörungen Stauung in den Armen und Beinen mittels Recklinghausenscher Binden mit Erfolg an. Dies Verfahren führt zu demselben Resultat wie der Aderlaß, ohne die Nachteile des Blutverlustes zu haben. Kordiale Dyspnoe, Angstgefühle, psychische Depression, Herzklopfen besserten sich oft gleich nach der Anwendung des Phlebostaten, der bei allen Zirkulationsstörungen, Arteriosklerose, Kopfdruck, Kongestionen ebenfalls zu empfehlen ist. Die Wirkung dauert meist 3—10 Stunden, ja selbst einige Tage an. Das Verfahren kann in der Sprechstunde ausgeführt werden.

Das Buch von **Wiest** (354): Beschäftigungsbuch für Kranke, Rekonvaleszenten und Schonungsbedürftige entspricht einem vorhandenen Bedürfnis. Es umfaßt in 4 Abschnitten (Fröbelarbeiten, Liebhaberkünste, Weibliche Handarbeiten, Verschiedene Arbeiten) die im Hause und Krankenzimmer möglichen, anregenden, zerstreuenden, erheiternden Beschäftigungsarten; Bettlägerige wie Sitzende und Herumgehende finden hier eine große Auswohl von Beschäftigungsmöglichkeiten, die selbst für Schwerkranke zum Teil anwendbar sind. Ein Kapitel über Spiele und Geduldspiele würde das Buch zu einem vollkommenen machen.



Das vorliegende kleine Taschenbuch ist für Ärzte in Sanatorien berechnet. **Kühnelt** (172) gibt zunächt einige Anhaltspunkte dieser Errichtung, Einrichtung und Führung von Heilanstalten für physikalisch-diätetische Therapie. Es folgen Vorschriften für die Anwendung der physikalischen Therapie bei den einzelnen Krankheiten, dann die Diätkuren, die gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden, ein Verzeichnis der physikalisch-diätetischen Heilanstalten usw.

Roemheld (268) empfiehlt die Beschäftigungstherapie bei Neurosen und namentlich in Gestalt von Gartenarbeit; doch auch andere Beschäftigungszweige erwiesen sich nützlich, wie sie in dem Beschäftigungsbuch von Anna Wiest reichlich angegeben sind. Bei funktionellen Neurosen wie psychopathischen Zuständen wurden günstige Resultate erzielt.

Trömner (321) gibt hier Anregungen zur Prophylaxe der Nervosität und Überanstrengung bei Kontorarbeiten. Spaziergänge, Wanderungen, körperliche Spiele, Sport sind als Äquivalent für das viele Sitzen zu empfehlen. In der Mittagspause soll Ruhe gehalten werden und sind unnötige Wege zu vermeiden. Genügender Schlaf, richtige Einteilung der Arbeit und zweckmäßige Wahl der Ernährung kommen weiter in Frage.

Kreß (169) hebt hier die Wirkung der Musik auf den menschlichen Organismus hervor; sie beeinflußt die Gemütsstimmung, sie lenkt die Aufmerksamkeit ab, hebt dadurch die Körperkräfte und regt sie an. Im speziellen bringt der Rhythmus den Kranken aus der Ungleichmäßigkeit seines seelischen Zustandes in ein Ebenmaß der Empfindungen und beruhigt den Aufgeregten, belebt den Stumpfen. Durch Verbindung des Rhythmus mit der Melodie erfolgt eine Energiesteigerung. Die Melodien können Puls und Atmung vermehren oder verlangsamen je nach den Intervallen, in denen sie schreiten. Die Harmonie erweckt Lust- und Unlustgefühle je nach den Akkorden, Differenzen. Die Oktavlage und Klangfarbe wirkt ferner eigenartig, bald beruhigend, bald anregend. Der größte Musiker Mozart war auch der größte Musiker-Heilkünstler. Durch psychologische Experimente wird zunächst einwandfrei an der Hand langer Versuchsketten festzustellen sein, ob und welche Wirkungen von Tönen, Melodien, Harmonien, Differenzen am gesunden Menschen sich feststellen lassen. Rasse, Individualität, Temperament, Kulturniveau, Bildungsgrad, Geschlecht, Lebensauffassung, Alter usw. werden hier mitsprechen. Vorerst liegen die Vorbedingungen einer musikalischen Therapie noch völlig in der Luft.

Crenshaw (64) lobt hier als hauptsächlichste Methode der Behandlung der funktionellen Neurose die Ruhekur mit Isolierung, die nicht unter acht Wochen dauern soll. Die meisten Nervenleiden entstehen durch Unzweckmäßigkeit der Umgebung, resp. der äußeren Faktoren so durch Zusammensein mit nervösen, exzentrischen Personen, durch zu monotone Umgebung, durch zu große Inanspruchnahme der geistigen Faktoren (Überreizung, Überarbeitung). Hiernach kann nur die Änderung dieser Faktoren und in erster Reihe eine Ruhekur Abhilfe schaffen.

Alexander (3) verlangt, außer zahlreichen, kostenlosen Unterrichtsanstalten mit dem der vollsinnigen Kinder gleichwertigem Unterricht für schulpflichtige Taubstumme, Anstalten für noch nicht schulpflichtige Taubstumme, in denen durch Pflege erhaltener Sprach- und Hörreste bessere Resultate des späteren Unterrichts vorbereitet werden und sachgemäße Pflege die Kinder in somatischer und psychischer Beziehung auf einen Zustand bringt, der bei Erreichen des schulpflichtigen Alters Schulfähigkeit erweist und so den Schulen vorarbeitet. (*Lotz.*)



Unter Reflexopathien verstehen **Marie** und **Jaworski** (204) Symptome, die durch organische Läsionen an ganz entfernten Körperstellen hervorgebracht werden, wie z. B. die Augenstörungen bei Zahnläsionen. Es werden für die Reflexopathien folgende Gesetze aufgestellt: Der Patient klagt nicht über Beschwerden am Orte der organischen Schädigung, sondern nur über die reflektorisch erzeugte Störung; die gleiche Läsion kann gar keine oder individuell ganz verschiedene Störungen hervorrufen, und umgekehrt kann die gleiche Störung durch ganz verschiedene Läsionen bedingt sein. Eine wirksame Therapie muß demnach nicht auf die Symptome gerichtet sein, sondern direkt an den nervösen Zentren angreifen. Diese Reflexotherapie, welche individuell modifiziert werden muß, soll sehr gute Dauerresultate geben. So soll Asthma durch Kauterisation des „Lungenpunktes" der Nasenschleimhaut oder einer metritischen Uterusschleimhaut geheilt werden. Verschiedene Tabessymptome werden durch Dilatation der Urethra gebessert, andere, wie lanzierende Schmerzen und Ataxie, durch Perkussion der Rückenwirbel, mit der auch ein Fall von Angina pectoris behandelt wurde. Gegen Hämorrhoiden und Enteritis wurde mit Kauterisation des „Intestinalpunktes" der Nasenschleimhaut vorgegangen. (*Misch.*)

Raoult (257) beschreibt eine Methode, die bei Sklerose des Gehörorgans beträchtliche Besserung des Gehöres erzielt. Die Methode besteht in der sogenannten Wiedererziehung des Gehöres, die darin besteht, daß das Ohr dem Schall aller Töne von der ersten bis zur fünften Oktave mit beliebiger Steigerung der Intensität ausgesetzt wird; ferner wird die Sensibilität der Zellen durch ein sehr rasches Tremolo von Tönen gereizt, die bei Passage von Induktionsströmen in einem Mikrophon erzeugt werden. Diese Methode stellt eine Mobilisation und Vibrationsmassage des knöchernen Leitungsapparates dar. Sie erregt ferner die Muskeln des inneren Ohres, das nervöse System des Gehörapparates und das vasomotorische System, so daß eine bessere Durchblutung statthat. Die Methode konnte in 40 Fällen bedeutende Besserung verzeichnen, in alten Fällen weniger als in frischen, geringe bei alten adhäsiven Otosklerosen, gar keine bei traumatischen Veränderungen. (*Lotz.*)

Schurig (282) empfiehlt zur Behandlung von Herzneurosen vor allem die Hochfrequenzbehandlung mit steigenden Dosen an Dauer und Intensität bis zur Erzielung normalen Nachtschlafes; darauf soll die Herzbehandlung nach Rumpf unter einpoliger Anwendung der gewöhnlichen Glaskondensatorelektrode einsetzen. Mit dieser Behandlung sollen vorsichtige Frei- und Atemübungen, namentlich die Rumpfsche Zwerchfellatmung verbunden werden, eventuell auch Ruhe und Liegekur. Bei Fällen von mit Struma verbundenen Neurosen ohne andere Zeichen von Basedow wird die Röntgenbehandlung (ein- oder mehreremal eine Erythemdose) empfohlen. (*Lotz.*)

Peters (245) faßt nach seinen sphygmographischen Untersuchungen die Seekrankheit als eine vasomotorische, depressorische Störung im großen Kreislauf auf, die durch die infolge der Schiffsbewegungen gesetzten Schwankungen des Blutdruckes im Gebiete des Vagus und Sympathikus ausgelöst wird. Ein Vagospasmus, der sich am Aortenostium etwa in der Höhe der Kardia etabliert und sich durch starkes, gut lokalisierbares Schmerzgefühl verrät, führt zu mangelhafter Blutversorgung des Zentralnervenapparates, wodurch die Symptome der Seekrankheit bedingt werden. Daher haben blutdrucksteigernde Medikamente gute Erfolge, das zu stark wirkende Mothersills seasick remedy ist gefährlich. Gegen den Vasomotorenkrampf und die Anämie wird im Zentralnervensystem Wärme appliziert, besonders an Stirn und Hinterkopf, deren zirkuläre Erwärmung ein Apparat



des Verf. erleichtert. Wegen der Neigung zu psychischer Depression an Bord gebe man nie Brom, sondern Stimulantia. Prophylaktisch empfiehlt Verf. Validol, Valerianpräparate und Veronalnatrium, ferner gibt er eine Haferschleimdiät und seine eigenen wirksamen Präparate, die erst später veröffentlicht werden. (*Lotz.*)

Reinsch (262) erprobt das Bromural als Mittel gegen die Seekrankheit. Er findet, daß es zwar kein eigentliches Heilmittel gegen diese Erkrankung ist, daß es aber, wenn es früh genug prophylaktisch angewandt wird, in den meisten Fällen die Seekrankheit unterdrückt. Bei Anwendung während der Seekrankheit beseitigt es einen Teil der unangenehmen Erscheinungen, so daß die Beschwerden erträglich werden; ja, wenn es gelingt, dem Patienten möglichst hohe Dosen wirksam beizubringen, bringt Bromural selbst auf der Höhe der Seekrankheit diese zum Schwinden. (*Misch.*)

Brewer (41) hat in 22 Fällen von allerdings nicht sehr schwerer Seekrankheit die Wirkung von Veronal auf das Leiden erprobt. Er gibt Dosen von 0,324 g, eventuell zweimal im Abstand von einer Stunde, findet aber, daß 0,120 g dieselben Dienste leisten. Es scheint, daß die Droge bei der Behandlung der Seekrankheit sehr leistungsfähig ist und daß sie bei Fällen, bei denen andere Mittel versagen, hilft. Ungünstige Resultate scheinen auf zu hohe Dosen zurückzuführen zu sein. (*Misch.*)

b) Psychotherapie und Hypnose.

Prince (253) ist sehr begeistert für eine psychologische Schulung jedes Medizinstudierenden; nur so können sie später psychologische Zustände verstehen und Psychotherapie treiben. Die Psychologie hat denselben Wert wie die Physiologie auf körperlichem Gebiet für die Pathologie des Geistes. Ein Übersichtsschema, das Prince als „neue Psychologie“ bezeichnet, wird aufgestellt, in dem die einzelnen Abschnitte der Psychologie zusammengestellt sind, die für Mediziner in Frage kommen.

Walsh (345) weist hier auf den Nutzen der Psychotherapie auch bei organischen Leiden des Zentralnervensystems und der anderen Organe hin. Schon in früheren Jahrhunderten waren sich die Ärzte des starken psychischen Einflusses auf die Kranken, so besonders Herzkranke und andere bewußt.

Branson (39) rät zur Anwendung der Psychotherapie, der rationellen Aufklärung und Selbsterziehung auch bei körperlichen Leiden. Stärkung der Kritik, des Optimismus, der Selbstbeherrschung, der Geduld, Belehrung muß mit Ausdauer vom Arzt versucht und angestrebt werden. Nur wenn der Kranke fühlt, der Arzt will ihm unter allen Umständen mit seinen eigenen Kräften helfen, wird die Psychotherapie von Nutzen sein.

Durch zweckmäßige psychische Beeinflussung können wir nach **Herz** (145) sowohl bei funktionellen wie organischen Herzaffektionen oft mehr erreichen, als durch alle anderen Mittel. Linderung des Seelenschmerzes, Erwecken freudiger Zuversicht, Hebung der Stimmung und des Vertrauens führt zur Verbesserung der Herztätigkeit und des Allgemeinbefindens. Aufklärung über die Gefahrlosigkeit des Leidens tut weiter das ihrige, ebenso wie die Bekämpfung der falschen Ideenverbindungen bei dem Hypochonder; dabei muß der Psychotherapeut selbst vorsichtig vermeiden, den Verstimmungen und Zweifeln des Kranken neue Nahrung zuzuführen. Man erwecke nicht Unlustgefühle durch Entziehung alter Gewohnheiten und Mittel, sondern wecke Lustgefühle und das Gefühl der Besserung auf jede Weise.

Die psychagogische Heilmethode bezweckt nach **Kahane** (162), auf die gesunden Teile einzuwirken und durch ihre Anregung und Stärkung des störenden Teils Herr zu werden. Dem im Vordergrund stehenden Teil der

Störung rät der Verf. nur geringe Bedeutung beizumessen, ihn wenig zu erörtern und mehr im Gesunden zu operieren. Eine Zwangsidee, eine Persuasion, Angstgefühl ist nicht Ursache des Leidens, sondern ein Symptom desselben und daher nicht das eigentliche Ziel des therapeutischen Handelns. Die psychagogische Therapie arbeitet weniger mit Verboten als mit steigenden Anforderungen an aktive Leistungen der Aufmerksamkeit, Selbstbeherrschung; bei ihr wird der moralische und ethische Defekt des Nervenkranken als Leiden aufgefaßt, das gleichzeitig mit den somatischen Anomalien ärztlich aufgefaßt und behandelt werden muß.

Bratz (40) sucht hier gegenüber den allgemeinen pessimistischen Anschauungen über die unabwendbaren Folgen erblicher psychopathischer Veranlagung einen wohlbegründeten optimistischen Standpunkt zu vertreten. Durch eine psychiatrisch-naturwissenschaftliche Prüfung will er erweisen, daß eine Erziehung sehr wohl gegen ererbte Anlagen etwas ausrichten kann. Auf diesem mühsamen Wege ist jedoch Geduld, Ausdauer auf seiten des Erziehers nötig, und die eine Anlage muß oft gefördert werden, um im Widerstreit gegen die weniger gute gestärkt zu werden und eine Harmonie zu erzeugen. Es ist schon mit einer quantitativen Förderung oder Einschränkung ererbter Eigenschaften viel erreicht. Selbst erblich belastete Verbrecher sind durch Erziehung zu bessern. Die Kräfte der einzelnen Anlagen — fehlerhafte Triebe und Hemmungen — müssen gegeneinander in das rechte Verhältnis gebracht werden.

Bondurant (32) sieht in der Psychotherapie den einzigen Faktor, der die Hysterie heilen kann. Die Freudsche Methode wird unter englisch redenden und denkenden Individuen nicht so viel Anhänger finden wie in Deutschland. Neu ist mehr die Bezeichnung und die Phraseologie; die Methode selbst gehört schon lange dem psychologischen Forschungsgebiete an.

Friedländer und **Vogt** (115) geben hier eine Darstellung der psychischen und physikalischen Methoden der Behandlung der Psychoneurosen und empfehlen ihre erprobte Kombination derselben.

Montet (216) gibt hier einen ausführlichen Bericht über die jüngsten Arbeiten über die Psychoanalyse und erörtert ihr Für und Wider, ohne eine sichere eigene Position zu vertreten. Doch im ganzen geht er kritisch und maßvoll vor und erkennt den Wert der Methode an, ohne sie zu überschätzen. Im großen ganzen lobt er mehr die wissenschaftliche Seite der Methode, den diagnostischen Wert als den Heilfaktor. Derselbe würde größer sein, wenn die Reedukation und die Persuasion (Dubois) noch mehr mit in das therapeutische Programm Freuds aufgenommen werden würde und statt der suggestiven Übertragung die rationelle Aufklärung überwiegen würde.

André-Thomas (6) gibt hier ein umfassendes Buch über die praktische Anwendung der Psychotherapie und ihrer Methoden, in dem er erst die einzelnen Methoden bespricht, dann die verschiedenen Krankheitsformen, in denen dieselben Anwendung finden können. Vor der Anwendung ist die Diagnose zu sichern, und hierzu wird Anleitung gegeben, damit nicht ungeeignete Fälle mit Psychotherapie erfolglos gequält werden, wie Melancholien, Paralysen im Beginn, urämische Kopfschmerzen. Die Behandlung der Hysterie und Neurasthenie nehmen den größten Teil des Werkes ein. Auch die Behandlung der Zwangsvorstellungen, der Tiks, die Erziehung anormal veranlagter Kinder, die Reedukation der organisch Erkrankten, der Aphasischen, Gelähmten, Tabiker durch Übung und psychische Beeinflussung wird in den Bereich der Psychotherapie gezogen. Auch die psychische Behandlung der Psychischkranken wird mit besprochen. Besondere Kapitel sind auch der psychischen Anorexie, der Enuresis nocturna gewidmet. — Die Freudsche



Methode wird kurz behandelt und ihre therapeutische Seite gleichzeitig mit der der Persuasion vermengt. — Ein besonderes Kapitel gilt der Isolierung als psychischem Heilfaktor.

Vogt (334) gibt hier eine kritische Übersicht über die psychotherapeutischen Methoden und speziell über die von Freud und Dubois. Die Sexualanalyse wird ziemlich energisch bekämpft, die anderen Methoden ihrem echten Werte nach gewürdigt. In jedem Falle ist Individualisierung in der Psychotherapie das erste Gesetz. Das psychische Sein ist eine ständige Neuschöpfung geistiger Werte, und Neuschöpfung geistiger Werte ist Ziel und Weg aller Psychotherapie. Die einseitigen Methoden resp. deren Verallgemeinerung ist in erster Reihe zu vermeiden. Kein Verfahren kann für alle Fälle geeignet sein. Überredung, Belehrung, Hypnose wollen einen Zustand der Suggestibilität erzeugen und der Aufmerksamkeit eine beschränkte einseitige Richtung geben. Stark gefühlsbetonte Vorstellungen wirken mitunter so wie die Hypnose. Die inneren Widerstände des Kranken können bald durch ruhige Belehrung und Überzeugung wirken und so einen gefühlsmäßigen Wert schaffen; bald wird aber ein persönlicher Appell, eine Gefühlserregung, eine Suggestion im wachen Zustande nötig sein, die Widerstände zu überwinden, und das einfache, trockne, logische Raisonnement reicht nicht aus. Sind die Widerstände so groß, daß nur der Ausschluß jeder Reflexion zum Ziele führt, so sind die Selbstbetrachtungen und störenden Autosuggestionen nur durch Hypnose zu beseitigen. Der Psychotherapie gehört in jedem Falle die Zukunft der Behandlung der Psychoneurosen.

Dubois (87) bezeichnet als Dialektik die Kunst zu überzeugen, durch Unterredung die Vorstellungen, Gefühle und Handlungen eines Menschen zu beeinflussen. Durch Auslösung von Gefühlen und Affekten wird die Wirkung der Unterredung sehr gefördert; unterstützt wird diese Wirkung durch Gesten, Mimik, Blick, Intonation der Stimme und Sprache. Es ist nach Dubois üblich geworden, aber durchaus falsch, die affektiven Beeinflussungen, die Gemütsbeeinflussungen, die Übertragung und Suggestion streng zu trennen von der logischen Überredung, von dem rein dialektischen Verfahren. Affekt und Vorstellung sind nicht einander entgegengesetzt. Den Affekten gehen intellektuelle Vorstellungen voran. Lust und Unlust sind stets an intellektuelle Zustände geknüpft. Die Dialektik der Gefühle spielt im Leben eine größere Rolle als die mathematische Beweisführung. Dialektik heißt, auch das Gefühlsleben eines Menschen beeinflussen durch Korrektion der Vorstellungen, welche den treibenden Affekt auslösen. Dialektik im weitesten Sinne ist ein Einreden, das nicht nur die Logik betrifft, sondern die Grundvorstellungen, die Gemütsreaktion ändern und beeinflussen will. Auf die Zahl der Gefühlselemente kommt es dabei nicht an, und diese Mitwirkung der Affekte verwandelt die Persuasion nicht in eine Suggestion. Die „Autorität" kann nur vorübergehende Erfolge erreichen, ebenso wie die Drohung oder Einschmeichelung. Die Suggestion wirkt mitunter prompter als die Persuasion, aber sie wirkt durch die Suggestibilität des Kranken, verstärkt diese und die Unselbständigkeit und psychasthenische Minderwertigkeit des Kranken. Die rationelle Psychotherapie und Aufklärung wirkt auf das Gemütsleben auf dem Wege des Intellekts. — Die Psychoanalyse ist nur eine Untersuchungsmethode. Die Heilung geschieht durch die Absolution nach der Beichte, d. i. die dialektische Aufklärung.

Lévy (185) tritt hier dafür ein, die Neurosen als Krankheiten des Gesamtorganismus aufzufassen. Man kann die Neurosen weder als ausschließlich psychische oder moralische, noch als ausschließlich physische körperliche Leiden auffassen und auch nicht nach diesem Gesichtspunkte



einteilen. Der Organismus ist bei ihnen falsch behandelt, falsch erzogen und geleitet, und es gilt, durch Reedukation seine Mängel wieder abzuschwächen und auszugleichen, indem man die primären Ursachen behandelt und berücksichtigt. Das ganze Wesen des Menschen soll rekonstruiert werden, seine Ernährung, Lebensweise, Lebensauffassung, Beschäftigung, seine Art, zu empfinden, zu reagieren, sich zu beherrschen. In und für das Leben soll er vorbereitet, und nicht von ihm isoliert werden.

Kritische Betrachtungen zur modernen Psychotherapie enthält ein Aufsatz **Vogt**'s (335) über Erziehung der Gefühle. Eine Neuschöpfung geistiger Werte hat jede erfolgreiche psychotherapeutische Methode ins Auge zu fassen. Das Erziehungs- und Belehrungsverfahren Dubois entbehrt nach Vogt nicht einer gewissen Einseitigkeit; es entwickelte sich historisch und hat beigetragen, alles Mysteriöse in der Therapie zu verdrängen. Doch hat diese Heilweise sich weit über die Grenzen ihrer Kompetenz ausgedehnt. Die rein intellektualistische seelische Orthopädie beschränkt sich lediglich auf eine Erziehung auf dem Wege der Denkarbeit. Die Gefühlsvorgänge, die dabei als sekundäre gedeutet werden, kommen dabei nicht genügend in Betracht. Das intellektuelle Erfassen allein beeinflußt diese Vorgänge noch lange nicht, die durch reine Intellektualerziehung allein ebensowenig wie der Wille und die Handlungen beeinflußt werden. Gerade ohne diese gelingt es oft, den Ablauf der Gefühle und Vorstellungen bei Psychoneurotikern zu beeinflussen, wo man mit der logischen Belehrung gar nichts erreicht. Auch der Erfolg dieser modernen Heilbewegung, der Überredungstherapie, liegt vielfach in der Wirkung auf das Gefühl, auf das gefühlsbetonte Erlebnis, auf die gefühlsbetonte Vorstellung. Eine strenge Trennung der suggestiven und rein logisch belehrenden Vorgänge ist in der Erziehungstherapie nicht durchführbar. Die Persönlichkeit des Belehrenden ist ein affektiver Effekt und Faktor. Durch den Appell an das Gefühl wird der Kranke erst für das logische Räsonnement empfänglich und suggestibel für vernünftige Belehrungen und Betrachtungen. Der Optimismus, mit dem die Person ihre logischen Reden vertritt, ist das Wirksame. Dabei bedarf es keiner unlogischen, unvernünftigen Reden oder Beeinflussungen. Entscheidend bleibt bei der Psychotherapie die Einwirkung auf die gesamte Persönlichkeit des Menschen, nicht nur auf die logischen Vorstellungskomplexe, sondern auch auf seine Gefühle, Strebungen, Handlungen.

Dubois (88) tritt hier für die Notwendigkeit ethisch-moralischer Einwirkungen in der Psychotherapie ein gegenüber den Ausführungen von Lewandowsky. Neben zahllosen Funktionsstörungen psychogenen Charakters findet man bei allen Psychopathen kleinere ethische Defekte wie Kleinmut, Empfindlichkeit, Reizbarkeit, Egozentrismusfehler, die ohne moralisierende Beeinflussung kaum zu beseitigen sind. Bleibende Erfolge werden nur erzielt, wenn man den Kranken zu einer höheren Lebensauffassung verhilft.

Nach einer kurzen Darstellung der gerade für die innere Medizin wichtigen Tatsachen der Beeinflussung der Physis durch die Psyche bespricht **Mohr** (215) die neueren Ergebnisse auf dem Gebiet der Suggestionstherapie, speziell der Hypnose, hebt die Ungefährlichkeit und weitgehende Verwertbarkeit speziell der letzteren, die er meist nur als oberflächlichsten Schlummerzustand benutzt, hervor und betont die großen Schwierigkeiten einer klaren Definition des Begriffs der Suggestion. Er hofft, daß letzterer allmählich aufgelöst wird in eine Reihe speziellerer Begriffe und zeigt sodann an dem Beispiel der Verwertung unterschwelliger adäquater und inadäquater Reize für die Psychotherapie, in wie weitgehendem Maße ausbildungsfähig diese von ihm „Behandlung mittels Schwellenwertsreizen“ genannte Methode einer



systematischen Verbindung physikalischer oder psychischer Faktoren ist. In dem Abschnitt über Belehrungs-, Aufklärungs- und Willenstherapie werden besonders die Arbeiten von Dubois, Déjérine, Veraguth u. a. kritisch beleuchtet und den beiden ersteren nachgewiesen, daß sie fortwährend Suggestion und Persuasion vermengen und verwechseln. Betreffs der Psychoanalyse nimmt Verf. einen vermittelnden Standpunkt ein, indem er die großen Vorteile einer eindringlichen Analyse und einer stärkeren Berücksichtigung unbewußter Momente anerkennt, andererseits aber die allzu kühnen Deutungen der Freudschen Schule ablehnt und die Wichtigkeit der analytischen Bestrebungen auch solcher Forscher, die nicht zur letzteren Schule gehören, hervorhebt, ebenso wie die Tatsache, daß es Fälle gibt, wo man besser nicht alle Komplexe aufrührt, sondern beruhigt. Er erblickt in einer Verbindung aller genannten Methoden und einer entsprechenden Berücksichtigung des physischen Faktors das Ziel einer wahrhaft psycho-physischen, den ganzen Menschen umfassenden Therapie. (*Autoreferat.*)

Wanke (346) weist hier auf die vielfachen Mißverständnisse hin, die hinsichtlich der Freudschen Neurosenlehre bestehen, und vergleicht diese mit der Vogtschen Kausalanalyse mit oder ohne Hypnose. Die letztere versagt, wenn sich außer den unbewußten Widerständen, welche sich der Analyse entgegenstellen, auch noch bewußte Widerstände gegen die Hypnose einstellen. Freud verstand es, das unterbewußte Leben des Menschen zur Aufklärung und Heilung heranzuziehen, er verstand es, viele Einzelerscheinungen und viele schon bekannte Wahrheiten auf einen Ton zu stimmen und eine einheitliche Therapie durch Anbahnung der Selbstanalyse anzubahnen.

Jones (160) geht hier auf die Art der heilenden Wirkung der Psychoanalyse näher ein. Dieselbe verschafft dem Kranken eine innere Kontrolle und Selbsteinsicht in seine krankhaften Vorgänge und gibt ihm so eine gesunde Basis gegen den Rückfall in seinen neurotischen Zustand. Sie muß erst die Hemmnisse und Widerstände überwinden, die der Verarbeitung und bewußten Assimilierung krankhafter oder ungesunder Gedanken- und Gefühlskomplexe bisher im Wege standen.

Freud (112) gibt hier einige Ratschläge für den Arzt zur Technik der Anwendung der psychoanalytischen Behandlung, fügt jedoch hinzu, daß eine ganz anders konstituierte ärztliche Persönlichkeit, wie er selbst, eine andere Einstellung gegen den Kranken und gegen die zu lösende Aufgabe bevorzugen könnte. Zunächst ist eine gleichmäßige „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ ohne intensive Anspannung nötig, die Angaben des Kranken aufzunehmen und dauernd im Gedächtnis zu behalten. Man soll es vermeiden, während der Sitzungen mit den Analysierten Notizen in größerem Umfange zu machen, Protokolle anzulegen; Forschung und Behandlung ein und desselben Falles läßt sich oft nicht vereinigen. Daher ist es nicht gut, einen Fall wissenschaftlich zu beurteilen, solange seine Behandlung nicht abgeschlossen ist. Man soll während der psychoanalytischen Behandlung dem Chirurgen nachahmen und alle Affekte beiseite drängen. Man soll sein eigenes Unbewußtes als empfangendes Organ dem gebenden Unbewußten des Kranken gegenüber- oder einstellen. — Freud verwirft die affektive Technik, indem der Behandelnde durch eigenes Mitteilen und Vertrauen über seine eigenen Erlebnisse das Vertrauen des Kranken zu wecken sucht. Auch bei erzieherischen Bestrebungen dem Kranken gegenüber soll der Arzt weniger die eigenen Gefühle und Wünsche als die Eignung des Analytikers im Auge haben. Vorsicht und Zurückhaltung ist auch gegeben in dem Grade, in welchem man die intellektuelle Mitarbeit des Analysierten bei der Behandlung in Anspruch nehmen soll.



Drysdale (85) gibt hier einige Beispiele von Heilungen durch die Freudsche Methode, die er näher beschreibt.

Freud (113) gibt hier eine kurze Anleitung darüber, welchen Gebrauch man bei der psychoanalytischen Behandlung von Kranken von der Kunst der Traumdeutung machen solle. Man soll hierbei vor allem die Absicht einer vollständigen Traumdeutung aufgeben und sich immer den neueren Träumen zuwenden, auch wenn die alten nicht völlig gedeutet sind. Die Traumdeutung bei der analytischen Behandlung soll nicht als Kunst um ihrer selbst willen betrieben werden, sondern ihre Handhabung muß den technischen Regeln dieser Kur unterworfen werden. Auch der Kranke soll nicht eine überflüssige Sorgfalt auf die getreue Erhaltung des Traumtextes verwenden.

Als ersten Band der von Adler herausgegebenen Schriften des „Vereins für freie psychoanalytische Forschung" hat **Furtmüller** (119) eine vorläufige Untersuchung über „Psychoanalyse und Ethik" erscheinen lassen. Es wird die Bedeutung der Psychoanalyse für die Ethik untersucht. Wenn für die Beurteilung einer Tat die Intention des Täters maßgebend ist, so kann nicht das Gewissen der oberste Richter sein, denn es gibt viele Motive, die diesem unbekannt bleiben. Hier kann die Psychoanalyse viele versteckte Motive, deren sich der Handelnde selbst nicht bewußt ist, heraufholen. Das Problem hat sich demnach dahin verschoben, daß nicht mehr die Motivierung einer Handlung, die oft unbewußt falsch sein kann, nicht mehr der Handelnde selbst, sondern vielmehr der Erfolg und der den Erfolg deutende Psychoanalytiker für die Beurteilung der Handlung maßgebend ist; auch die Autoanalyse würde zu sehr zweifelhaften Resultaten führen. Es soll „an Stelle des naiven Gewissens das kritische, von Skepsis gegen sich selbst erfüllte Gewissen" gesetzt werden. Die bestimmende Kraft der ethischen Imperative wird zurückgeführt auf das Gefühl der Minderwertigkeit, welches das Kind seiner Umgebung gegenüber hat, und welches es zwingt, irgendeine Übereinstimmung mit dem Willen der Außenwelt zu suchen. Dies geschieht nach mancherlei Kämpfen, indem es die fremden Gebote zu seinen eigenen macht und an Stelle der Imperative des Zwanges die der Freiwilligkeit setzt, wodurch, wenn auch der Gehorsam äußerlich geblieben ist, das Gefühl der Minderwertigkeit durch die Freiwilligkeit des Handelns aufgehoben wird. Formal lassen sich, dem Verhalten von Vernunft und Sinnlichkeit im Menschen entsprechend, der Harmonieethiker und der Konfliktsethiker als Gegensätze unterscheiden, jener als Beispiel des Kompensationstypus, dieser als Beispiel des Sicherungstypus. (*Misch.*)

Hartungen (141) sieht die wichtigste Wirkung der Psychoanalyse (nicht im eng begrenzten Freudschen, sondern im wörtlichen, viel weiter reichenden Sinn) in der individuellen Behandlung des einzelnen Patienten. Gerade der Neurotiker sehnt sich danach, einmal nicht als „Maschinenteil", sondern als für sich geschlossene Einheit angesehen zu werden. Im Sanatorium kann diese individuelle Behandlung in weitestem Maße durchgeführt werden, muß aber auf eine eingehende Psychoanalyse begründet sein. Diese ist im Sanatorium wesentlich leichter als für den Spezialarzt in der Praxis, wegen der dauernd möglichen Beobachtung des Patienten und des kontinuierlichen direkten Einflusses des Arztes sowie des indirekten Einflusses durch dritte Personen und Lektüre. (*Prager.*)

Riklin (265) verteidigt hier die Ziele der psychoanalytischen Methode, die vielfach falsch aufgefaßt und beurteilt wird.

Im Anschluß an zwei für das Laienpublikum bestimmte Arbeiten Ferenczis macht **Lukács** (194) als Nichtneurologe einige höchst nüchterne



und beherzigenswerte Bemerkungen über das Mysterium und die übertriebene Öffentlichkeit der Freudschen Lehre in ihrer therapeutischen Anwendung. In erster Reihe bemängelt er, daß selbst nach der Aussage von Hitschmann eine vollkommene und systematische Beschreibung der Psychoanalyse noch nicht existiert; wie soll dann dieser angeblich so vollkommene therapeutische Schatz als solcher betrachtet werden, wenn eine richtige Kritik und Kenntnis desselben nicht vorhanden ist? Schon dieses Moment involviert eine berechtigte Zurückhaltung der Ärztewelt. Bezüglich des Wesens der psychoanalytischen Therapie bemängelt Lukács, daß das Wesen derselben auf der Vertreibung von unbewußten sexuellen Momenten beruht, dabei aber nach Eingeständnis vieler Psychoanalytiker in der Therapie oft eine starke seelische Verbindung zwischen Arzt und Patient, sehr oft eine Liebe, also eine bewußte Sexualität entsteht! Verf. glaubt kaum, daß es von therapeutischem Vorteil wäre, eine Sexualität mit der anderen zu vertreiben, abgesehen von der problematischen Moral einer solchen Behandlung. Schließlich richtet Verf. einen energischen Angriff dagegen, daß die Freudsche Psychoanalyse als Heilmittel dem Laienpublikum so ganz dargebracht wird; er will darin keine anderen Motive suchen, betont aber, daß das Publikum, namentlich das psychopathische, gerade genug mit sexuellen Ideen saturiert sei, und es sei somit mehr als schädlich, wenn man ihm noch unter wissenschaftlichem Deckmantel solche Lektüre bietet, in welcher es nichts anderes sucht und zu finden weiß, als einen Kitzel für seine ohnehin übertriebenen sexuellen Bedürfnisse. (*Hudovernig.*)

Sansailow (276) sah gute Erfolge von der Hypnose bei Trinkerbehandlung. In einer Reihe von Fällen war der Erfolg nur ein vorübergehender, in anderen dagegen ein dauernder. Nachteile wurden von Hypnose auch dort nicht beobachtet, wo sofortige völlige Unterlassung des Alkoholgenusses erfolgte.

Crocq (67) schreibt der Hypnotherapie eine schnellere und größere Wirkung zu als der Psychotherapie (Suggestion im wachen Zustande), die teils durch Persuasion überredet oder durch emotive Effekte wirkt. Die Psychotherapie wirkt langsamer und weniger sicher; sie sollte nur bei Neurasthenikern und nicht hypnotisierbaren Hysterischen Anwendung finden.

c) Trunksucht.

Williams (357) gibt hier dem Praktiker eine Anleitung, den zur Trunksucht prädisponierten Psychopathen oder Psychastheniker psychisch zu beeinflussen und zu behandeln. Insbesondere empfiehlt er Übungen zur geistigen Konzentration und Selbstbeherrschung, die ähnlich denen auf dem psychomotorischen Gebiete bei Behandlung des Tiks sind und eine Übung der willkürlichen Aufmerksamkeit für Sinneseindrücke und auch für Willensbewegungen darstellen.

Crothers (68) befürwortet energisch die psychische Behandlung und Beeinflussung der Alkoholiker und der Kranken, die an irgendeiner Sucht nach Betäubungsmitteln leiden. Diese Sucht selbst wie die Folgezustände, Willenlosigkeit, Apathie usw. sind psychisch gut zu behandeln.

Stein (302) wendet sich hier gegen die Ansicht Freuds und seiner Richtung, daß die Trunksucht gewissermaßen ein Äquivalent der sexuellen Befriedigung darstellt und sich bei denjenigen Individuen entwickelt, bei denen der Sexualtrieb nicht befriedigt werden kann. Unter 8 Fällen von Alkoholismus und 1 von Morphinismus konnte Stein bei 7 auch nicht die geringste Andeutung zur Unterstützung von Freuds Ansicht durch Psychanalyse usw. feststellen. Er spricht sich für psychotherapeutische Beein-



flussung des Trinkers aus, die in Wahl des geeigneten Milieus, Belehrung, Erziehung zur Abstinenz, Wachsuggestion, Belehrung auf ethischem und religiösem Gebiete besteht. Auch die hypnotische Suggestion war in einigen Fällen wirksam. Eine rationell durchgeführte Kausalanalyse und Psychanalyse ist eventuell zu versuchen. — Alle die psychologischen Behandlungsmethoden der Trinker wirken nur bei konsequenter systematischer Durchführung.

Nonne (229) befürwortet hier ein Verbot der Verabreichung von alkoholischen Getränken an Kinder, ferner eine übersichtliche Zusammenstellung der im Strafgesetzbuch jetzt noch vielerorts zerstreuten Bestimmungen. Eine Erweiterung der Entmündigung Trunksüchtiger soll auch nach der Richtung statthaben, daß eine Entmündigung möglich ist bei einem abermaligen Rückfall nach der Entlassung aus der Anstalt. Dadurch, daß in dem neuen Vorentwurf die Möglichkeit der Überweisung des Verurteilten in eine Trinkerheilanstalt dem Richter an die Hand gegeben wird, ist eine alte ärztliche Forderung erfüllt. Bei dem jetzigen Strafvollzug sollten der Vorstand, Ärzte, Geistliche, Angestellte die Abstinenz lehren und praktisch ausüben. — Privatsanatorien für Alkoholkranke kann Nonne nicht empfehlen, weil den Leitern das Gefühl der absoluten Unabhängigkeit fehlt. — Über die Entlassungsmöglichkeit aus den Anstalten sollte eine Kommission, der ein Arzt als Sachverständiger angehört, entscheiden. Auch sollte die Entlassung nur eine bedingte sein. — Für Hamburg und Schleswig-Holstein wäre eine abstinente und fluchtsichere Trinkerpflegeanstalt mit ausgedehnter Arbeitsbehandlung für diese psychopathischen Trinker, deren Entlassung erst nach mehrjährigem Aufenthalt und stufenweise erfolgen durfte, zu empfehlen. — Kinder rät Nonne bis zum Abschluß der körperlichen Entwicklung absolut und total abstinent zu halten.

d) Schlaflosigkeit. Neurasthenie. Hysterie.

Dornblüth (84) gibt hier seine reichen Erfahrungen über die Schlaflosigkeit und ihre Behandlung ausführlich wieder. Im ersten Kapitel wird der Schlaf im allgemeinen behandelt, im zweiten die Schlaflosigkeit mit ihren drei Unterabteilungen (Ausbleiben des Einschlafens, zu leichter Anfangsschlaf, vorzeitige Unterbrechung des Schlafes). Ein besonderes Kapitel widmet der Verf. der Schlaflosigkeit bei Kindern. Kapitel 4 gibt die Ursachen der Schlaflosigkeit und Kapitel 5 die Behandlung derselben in übersichtlicher und sehr instruktiver Weise.

Meyer (211) gibt hier eine kurze Abhandlung über die Behandlung der Schlaflosigkeit. Eine einfache isolierte Schlafstörung ohne sonstige krankhafte Erscheinungen an den Körperorganen oder im Nervensystem und psychischem Verhalten kommt kaum vor. In der Therapie ist stets die Grundursache und das Grundleiden zu behandeln und zu bekämpfen. Die Hygiene des Schlafes ist besonders in leichteren Fällen zu beachten und genügte in diesen zur Beseitigung der Schlaflosigkeit. In anderen Fällen kommen die üblichen Mittel und Behandlungsmethoden in Frage, die einzeln angeführt werden. Mitunter hat die Vereinigung zweier Schlafmittel guten Erfolg.

Lungwitz (195) gibt hier einen kurzen Überblick über medikamentöse und physikalische Mittel gegen Schlaflosigkeit. — Bromural und Sauerstoffbäder „Marke Zeo“ waren ihm unter anderen Mitteln erfolgreich.

Wie **Kuttner** (174) hervorhebt, können sich hinter dem Symptomenbild der Magenneurose oder nervöser Dyspepsie oft andere Leiden verbergen, so Chlorose, Schrumpfniere, Malaria, Addisonsche Krankheit. Man suche, ehe man die Diagnose der nervösen Dyspepsie stelle, erst alle organischen



Erkrankungen auszuschließen, die ähnliche Symptome erzeugen. — Das Vorkommen einer gewissen Gastralgie ist nach Kuttner ein äußerst seltenes. Das Erbrechen wie andere Magenstörungen werden einzeln erörtert und ihre Eigenheiten, wenn sie auf nervöser Basis beruhen, besprochen.

Wilson (355) behandelt hier kurz die Gesichtspunkte bei der Therapie der gastrischen Neurosen. Medikamente für die Nervenberuhigung und Beeinflussung müssen so gewählt werden, daß sie Magen und Verdauung nicht stören. Die Magenärzte sollen wiederum nicht zu einseitig den Magen chemismus kontrollieren und behandeln, sondern den ganzen Menschen und seine Nerven, und hiernach sollen sie sich auch bei Verordnung der Diät richten. Die häufige Verordnung von Natr. bicarbon. ist bei Hyperchlorhydrie einzuschränken und besser durch Magnes. oxyd. zu ersetzen.

Lissmann (191) befürwortet aufs neue die Anwendung des Johimbins als Exzitans für das Kohabitationszentrum. Lissmann versuchte das Johimbin auch durch epidurale Injektionen nach Cathélin, der schon durch einfache traumatische Einwirkung einer physiologischen Kochsalzlösung, die epidural auf das sakrale Mark appliziert wurde, Erfolge bei Impotenz hat. Lissmann injizierte wiederholt 10—15 Tropfen einer 2%igen Johimbinlösung epidural und hatte von 10 Fällen bei 7 einen guten Erfolg durch die Kombination der Wirkung des spinalen Traumatismus und des Aphrodisiakum.

Jung (161) bespricht hier die Behandlung der klimakterischen Beschwerden des Weibes und geht auch auf die nervösen und vasomotorischen Begleiterscheinungen ein. Von den Ovarialhormonen, Oophorin, Ovarin, Ovaraden will er keinen großen Nutzen gesehen haben. Vor der Anwendung von Thyreoidin zur Entfettung warnt er. Die Blutungen müssen kausal behandelt werden.

Wittmaack (363) gibt hier eine Übersicht über die verschiedenen ursächlichen Faktoren der Ohrgeräusche wie über deren Beseitigung und Behandlung. Bei der symptomatischen Behandlung kommen Brompräparate, Valeriana-Mittel, Jod-Arsen-Kuren Schwitzprozeduren, abhärtende Mittel, Elekrizität in Frage. Auch wiederholte Lumbalpunktionen wirkten in schweren Fällen mildernd.

Lorand (193) suchte heftige Kopfschmerzen, wie Migräne, infolge von kongestiver Hirnzustände durch künstliche Erzeugung einer kräftigen Nasensekretion zu beseitigen. Dies erzielte er teils durch veratrinhaltige Schnupfpulver, teils auch durch Jodpräparate.

Stekel (303) hat sein Buch über nervöse Angstzustände und ihre Behandlung in zweiter Auflage erscheinen lassen. Dem Werke sind einige neue Beobachtungen eingefügt worden. Die Art, die Angstzustände aufzufassen, hat sich etwas geändert in organischer Entwicklung der Ideen, welche schon die erste Auflage enthalten hat. Die Auffassung der Neurosen als Störungen der Affektivität erfährt eine sich vertiefende Begründung und soll durch den von Verf. vorgeschlagenen Namen „Parapathie" besonders kenntlich gemacht werden. Die Psychosen, welche ebenfalls eine Parapathie zur Grundlage haben, sind von den Neurosen unterschieden durch eine hinzutretende Störung des Logos, weshalb sie von Verf. als „Paralogien" bezeichnet werden. Sämtliche Störungen des Trieb- und Affektlebens sollen vom Verf. in einem umfassenden Werke als „parapathische Erkrankungen" im Laufe der Zeit beschrieben werden. (*Misch.*)

Pachantoni (287) empfiehlt bei Psychoneurosen eine „klösterliche Isolierung" der Patienten. Für psychisch Kranke ist die vollständige Isolierung oft von ungünstigem Einfluß. Dagegen hat die gemeinschaftliche Isolierung dieser Kranken den Erfolg, daß durch ihre Aussprache unter-



einander gewissermaßen eine „Ansteckung zum Besseren“ erfolgt, indem der eine Patient, der von seinen eigenen Leiden vielleicht ganz erfüllt und beherrscht ist, die Grundlosigkeit der den seinen ähnlichen Klagen und Beschwerden des andern, der nicht minder von seinem Leiden überzeugt ist, einsieht und so indirekt, durch eine Art von Rückschluß auf sich selbst, über seine eigenen hinwegkommt. (*Misch.*)

Cabanès (44a) gibt eine historische Übersicht über die Beobachtung der Wirkung von Farben auf den gesunden und kranken Organismus von Tieren und Menschen und auf die Psyche vom Altertum bis zur Gegenwart. Insbesondere der roten Farbe schreiben viele Autoren Heilkraft zu, namentlich bei den akuten Exanthemen und vielen anderen Hautkrankheiten. (*Lotz.*)

In einer anderen Mitteilung berichtet **Cabanès** (44) über die in der Literatur vorhandenen Aufzeichnungen über die Einflüsse des Lachens auf die verschiedensten Krankheiten. (*Lotz.*)

Für die Anstaltsbehandlung der Hysterie im Kindesalter stellt **v. Reusz** (263) folgende allgemeingültige, als Grundprinzipien geltende Maßregeln auf: „Eine absolut unerschütterliche Ruhe der Umgebung gegenüber noch so stürmischen Symptomen; „unwillkürliches“ Verraten durch Benehmen der Umgebung, daß die Erkrankung nicht ernst und die baldige Heilung absolut sicher sei, absolutes Unterdrücken der übertriebenen Sichselbstgeltendmachung und der Überschätzung der eigenen Persönlichkeit durch die strenge, Ausnahmen nicht duldende Disziplin des Krankenhauses, „Voluntarisation“ des hysterischen Symptomes, d. h. Loslösung desselben von dem Begriffe des Krankseins, der Krankheitserscheinung und durch Überführung desselben zum Begriff der intendierten, also verantwortlichen Willenshandlung, physikalische und arzneiliche Behandlung, insofern es die psychische Behandlung oder der körperliche Zustand erfordert.“ Bei ganz unverbesserlichen Fällen kommt eventuell therapeutisch noch die Androhung unangenehmer Heilmittel oder Straftherapie in Betracht, die bei Kindern unvergleichlich bessere Resultate gibt als bei Erwachsenen. (*Misch.*)

c) Basedowsche Krankheit.

Blum (29) rät dazu, Basedow-Kranken eine Zeitlang fleischlos zu ernähren, gleichzeitig eine Freiluft-Liegekur durchzuführen und täglich den Herzschlauch eine Zeitlang zu applizieren. Daneben reiche man dreimal täglich je 1 g Bromalbazid. Führt man in dieser Weise die Behandlung einige Monate durch, so wird man aufhören, in der Basedowschen Krankheit eine jetzige oder künftige Domäne der Chirurgie zu erblicken.

Otto (235) rät, wie es in der Jenenser Klinik üblich ist, die Basedowkranken erst 6 Wochen mit internen Mitteln zu behandeln, ehe an eine chirurgische Behandlung zu denken ist. 15% konnten nach interner Behandlung wieder völlig arbeitsfähig werden; gebessert wurden 39%. Ein Drittel der Gesamtzahl versagte bei internen Mitteln. Es konnte nicht festgestellt werden, ob Form und Art der Struma für den Erfolg der internen Behandlung von Einfluß sind. Das Basedow-Herz ließ sich orthodiagraphisch auch in den Fällen nachweisen, wo perkutorisch und auskultatorisch ein abnormer Befund nicht zu erheben war. Eine Vermehrung der Lymphozyten wurde vielfach beobachtet, ebenso wie ein Rückgang nach der Operation.

In seinem Vortrage über die Behandlung der Thyreosen (Basedow) stellt **Manninger** (202) folgende Leitsätze auf:

1. Hauptaufgabe einer jeden Therapie ist die Beseitigung der Ursache und Parallelisierung der Resultate der Ursache.



2. Die Ursache der Thyreosen ist nicht einheitlich; bisher kennen wir folgende Ursachen: A. Traumen; a) psychische Traumen, wie Schreck, Sorgen usw. (Asher und Crile); b) somatische Traumen. B. Infektionen (von den akuten Angina, Polyarthitis, Influenza, Typhus; von den chronischen Lues, Tuberkulose). C. Erkrankungen der Thyreoidea (Strumitis, Tumor.) D. Enterogene Intoxikationen (Obstipation nach Ebstein, Federn?). E. Jod- und Schilddrüsenpräparate.

3. Direkt können wir bloß gegen die Ursachen C-E ankämpfen; nach ihrer Entfernung hört die Thyreose auf.

4. Unter den zur Thyreose disponierenden Momenten steht an erster Stelle das Nervensystem. Es erscheint als wahrscheinlich, daß in diese Disposition die Wechselwirkung der inneren Sekrete der Blutdrüsen mit hineinspielt (vago- und sympathikotonischer Habitus). Zweifellos haben Beschäftigung, Rasseneigentümlichkeiten, Phasen des Geschlechtslebens Einfluß auf diese Disposition (Pubertät, Gravidität, Geburt, Klimax). Diese disponierenden Momente können wir therapeutisch nicht beeinflussen.

5. Sämtliche Erscheinungen der Thyreose können mit dem gestörten Gleichgewichte der Schilddrüsenfunktion erklärt werden (Möbius). Der Verlauf der Krankheit kann aus den Wechselwirkungen auf das Nervensystem, innere Sekretion, Stoffwechsel und Herz erklärt werden (Circulus vitiosus).

6. Zweck der Thyreosenbehandlung ist, diesen Kreis an irgendeinem Angriffspunkt durchzubrechen.

7. Die rascheste und sicherste Wirkung wird erreicht, wenn das Gleichgewicht in der Schilddrüsenfunktion wieder hergestellt wird. Von den nichtchirurgischen Behandlungen kommen in Betracht: a) Röntgenbehandlung; b) Regelung des Stoffwechsels, namentlich der Nahrungsaufnahme (Fleischentziehung, reichliche Darreichung von Kohlehydraten und Fett, Phosphor und Nukleoproteiden); Verminderung der Resorption des Schilddrüsensekretes (Eisbeutel, Kühler); c) galvanische Behandlung; Anwendung des spezifischen (?) Serums. — Von chirurgischen Eingriffen kommen in Betracht Entfernung der überflüssigen Schilddrüsenteile, atrophisierende Blutgefäßunterbindung und Durchtrennung der der Resorption dienenden Ableitungswege. Die besten Resultate ergibt die Entfernung in Verbindung mit Blutgefäßunterbindung.

8. Alle übrigen Prozeduren richten sich gegen die sekundär wichtigen Faktoren des Kreises und bezwecken eher die Parallisierung der Folgen der Störung. a) Die Beruhigung des Nervensystems bezwecken: Isolierung und Fernhaltung von Sorgen, besonders das Höhenklima. Das sonst besonders neurotonische Seeklima verschlimmert für gewöhnlich den Zustand. b) Das Höhenklima beeinflußt auch das Blutbild. Zur Beeinflussung des Blutbildes dienen im übrigen alle jene Maßnahmen, welche eine neutrophile Polynukleose hervorrufen. Einzelne von diesen sind von guter Wirkung auf die Thyreosen. c) Die Veränderungen des Herzens sind die Folgen des erhöhten Blutdruckes und der beschleunigten Tätigkeit. Kardiotonika haben keinen oder nur geringen Einfluß. Ruhe, Kühler und Fernhaltung von Herzreizen kommen in Betracht. d) Beeinflussung der Blutdrüsen ist ein zweischneidiges Schwert. Den mitunter günstigen Einfluß der Gravidität kann die Erregung der Geburt oft vernichten oder direkt zu akuter Thyreose führen. Entfernung von Myomen ist mitunter günstig. e) Nasenoperationen führen manchmal zu Basedow; hingegen vermag Befreiung der Nasenatmung einzelne Symptome, namentlich den Exophthalmus günstig zu beeinflussen.

9. Die Veränderung des Blutbildes und Thymusvergrößerung bilden keine Komplikation. Wahrscheinlich sind sie die Gradmesser einer kompensatorischen Wirkung, einer Schutzmaßregel des Organismus.



10. Der reine Basedow-Tod ist die Folge einer Herzinsuffizienz. Die so häufigen interkurrenten Krankheiten (namentlich Infektionen) sind Folgen einer verminderten Widerstandsfähigkeit des Organismus, eventuell einer veränderten Blutzusammenstellung.

Die Indikationen einer Behandlung:

11. A. Die erste Aufgabe ist die Entfernung der auslösenden Ursachen: a) Behandlung der Strumitis, Entfernung des Tumors; b) Beseitigung der enterogenen Intoxikation; Jodentziehung; d) Behandlung eventuell manifester Infektionen (Lues, Tuberkulose). B. In allen Fällen ist die nicht-chirurgische Behandlung zu versuchen (s. 7—8). C. In sehr heftigen, akuten Fällen, welche nach einigen Wochen keinerlei Besserung aufweisen, ist die unmittelbare Beeinflussung der Schilddrüsentätigkeit (Gefäßunterbindung, verkleinernde Operation, eventuell Röntgen) indiziert. Die Art des Eingriffes hängt vom Herzen ab. D. In chronischen Fällen, wenn der Kranke in der Lage ist, sich materiell eine eventuell jahrelang währende internistische Behandlung zu erlauben, ist diese zu versuchen. Vollkommene Heilung sieht man nur äußerst selten; wesentliche Besserungen, mit mitunter recht spät auftretenden Remissionen, kommen in der Regel vor. Besserungen kommen in 60—70% vor. Bei unbemittelten Kranken ist auch in diesen Fällen die frühzeitige Operation angezeigt, bevor von seiten des Nervensystems und Herzens bleibende sekundäre Veränderungen auftreten (soziale Indikationen). E. In akuten, hypertoxischen Fällen ist die etappenweise Operation empfehlenswert. In chronischen, aber nicht sehr alten, Fällen ergibt die in einer Sitzung durchgeführte möglichste Verkleinerung der Schilddrüse mit atrophisierender Unterbindung der entgegengesetzten Seite die besten Resultate. F. Die Gefährlichkeit der Operation geht parallel mit der verminderten Arbeitsfähigkeit des Herzens. Als beiläufige Richtschnur mag der Katzensteinsche Versuch dienen. Ein nicht ganz verläßlicher Indikator ist das Blutbild. Hohe Mononukleose und Leukopenie ist ein signum mali ominis. Auch die Größe des Thymus steht meist im Verhältnis mit dem Grade und Dauer der Krankheit. G. Die Gefährlichkeit der Operation wird erhöht durch die Zerreißbarkeit der Blutgefäße und durch die verminderte Gerinnungsfähigkeit des Blutes. Wo es das Herz aushält, ist die Operation bei verkleinertem Blutkreislaufe (Blutsequestrierung) zweckmäßig. H. Die Frage der Anästhesie richtet sich danach, ob die Begleitsymptome von seiten des Herzens oder des Nervensystems dominieren. Bei akuten, hypertoxischen Fällen mit starker psychischer Erregung ist die Crilesche Narkose der lokalen Anästhesie vorzuziehen. In chronischen Fällen mit ungenügender Herzkraft ist die lokale Anästhesie vorzuziehen. I. Die unmittelbare Mortalität der Operation beträgt 3—5%. K. Die Endresultate der Operation hängen davon ab, ob es gelang, eine genügende Partie der Schilddrüse aus der erhöhten oder veränderten Funktion auszuschließen. Dieser Umstand ist auch für die Ergebnisse der internistischen Behandlung maßgebend. Als Endresultat läßt sich nach den Statistiken vieler Autoren folgendes feststellen:

Geheilte Fälle	bei chirurgischer Behandlung 50%,	bei intern. Behandlung 33%
Besserungen	„ „ „ 45%,	„ „ „ 55%
Todesfälle	„ „ „ 5%,	„ „ „ 12%

L. Eine wichtige Vorbereitung, Ergänzung und Unterstützung der chirurgischen Behandlung ist die interne Behandlung. Nur von einer vereinten Mitarbeit beider Disziplinen kann eine Besserung der Heilresultate in der Thyreosenbehandlung erhofft werden. (*Hudovernig.*)

Cohen (58) betont die komplexe Natur der Basedowschen Krankheit. — Die Struma ist zur Entwicklung des Leidens nicht unbedingt notwendig.

— Die chirurgische Behandlung ist selten bei rechtzeitig erkannten Fällen erforderlich. — Der Schwerpunkt der nichtchirurgischen Therapie liegt in der Anordnung absoluter geistiger und körperlicher Ruhe. Fernerhin sind Aufenthalt in frischer Luft und Regulierung der Diät notwendig. Leichte Massage und Hydrotherapie, Anwendung von Elektrizität und geeignete Organpräparate unterstützen die Behandlung. Immer ist strenges Individualisieren bei den einzelnen Patienten eine Grundbedingung des Erfolges.

Musser (223) betont, daß die Basedowsche Krankheit der chirurgischen Therapie nur nach einer genügend lange fortgesetzten Allgemeinbehandlung zugänglich gemacht worden soll. Erst wenn diese scheitert, soll operiert werden. Jedoch erfordert auch der chirurgische Eingriff eine strenge und langdauernde Nachbehandlung, damit ein definitiver Erfolg garantiert werden kann.

Murray (222) setzt die Prinzipien der Basedow-Behandlung kurz auseinander. Für den milderen Typus der Krankheitsfälle ist zunächst eine interne Behandlung indiziert. Hier sind völlige körperliche und geistige Ruhe, Diät, Röntgenbestrahlung, leichte Elektrotherapie und Antithyreoidin von großer Bedeutung. Dort, wo durch lange fortgesetzte innere Behandlung keine Besserung erzielt wird, erscheint die Operation geraten. Immer wieder aber muß betont werden, daß eine beträchtliche Anzahl von Fällen auch ohne Operation ganz oder teilweise heilt.

Über die anatomischen und physiologischen Wirkungen von Jodverfütterung auf die Basedowschilddrüse berichtet **Marine** (205). Soviel aus den bisher angestellten Versuchen hervorgeht, bieten weder der Jodgehalt, noch die Jodaufspeicherung in der Drüse und die hyperplastischen Veränderungen bei Jodgebrauch irgend etwas für die Basedowschilddrüse allein Charakteristisches. Ebensowenig besitzt die Basedowschilddrüse irgendeine besondere pharmakologische Wirkung auf Tiere oder eine besondere therapeutische Wirkung auf Myxödem oder eine besonders toxische Wirkung auf Basedowkranke. (*Misch.*)

Bei hochgradigem Basedow-Exophthalmus empfiehlt **Kuhnt** (173), wenn sich Hornhautgeschwüre einstellen, zur Herabsetzung des intraokularen Druckes die Tarso- oder Kantorhaphie, die jedoch so ausgeführt werden muß, daß der Druck der gespannten Lider auf die vordere Augenhälfte nicht nur nicht erhöht, sondern im Gegenteil herabgesetzt wird. Es wird zu diesem Zweck die Durchtrennung der temporalen fibrösen Fixationsfaserbündel und des Septum orbitale ausgeführt, eventuell kommt noch eine Entspannungsoperation am inneren Lidwinkel hinzu. In schweren Fällen genügt diese Lidentspannung in horizontaler Richtung nicht zur Druckentlastung und zum Schutze des Bulbus. Es muß dann die Tarsalfläche des oberen Lides vergrößert und die Levatorwirkung auf den Lidrand und die untere Hälfte des Tarsus in erheblichem Grade herabgesetzt, bzw. aufgehoben werden, indem Bindehaut, Tarsus und Orbikularis parallel und 3 mm über der inneren Kante in ganzer Ausdehnung, d. h. vom inneren bis zum äußeren Margo orbitalis, durchtrennt werden. Es wird ein Fall beschrieben, der mit dieser Operation behandelt wurde. Auf diese Weise wird eine Ausheilung der Hornhautgeschwüre erzielt, durch die die Sehschärfe mehr oder weniger gut erhalten bleibt. (*Misch.*)

f) Krampfzustände, Epilepsie, Eklampsie, Chorea.

Albu (2) bespricht hier die differentialdiagnostischen Momente zwischen den abdominellen Krampfzuständen und speziell über den Pylorusspasmus, die Hyperchlorhydrie, die Koliken, die vom Pankreas, Gallensteinblase,

Nieren ausgehen, die verschiedenen Darmspasmen. Auch die Therapie wird eingehend gewürdigt.

Für die Behandlung von habituellen Störungen, wie des habituellen Spasmus, der Tiks usw., betont **Atwood** (8) als wichtig vor allem die Erziehung des Willens beim Kinde. Ein gewisser Intelligenzgrad ist stets notwendig. — Alle lokalen Ursachen, welche eine erhöhte Reizbarkeit in irgendeinem Körpergebiet bedingen, sind zu beseitigen. Der allgemeine Gesundheitszustand muß möglichst gekräftigt werden. Falsche Lebensbedingungen sowohl im Hause wie in den Schulen müssen korrigiert werden.

Leiner (179) verbindet die Übungstherapie oder die erzieherische Behandlung der Tiks zugleich mit einer medizinisch-hygienischen. Aber in einigen Fällen nützte die hypnotische Behandlung mehr, und er mußte sie der Übungstherapie als gleichwertig an die Seite stellen.

Gordon (125) bespricht die verschiedenen Formen der Gesichtskonvulsionen, zu denen er die epileptischen Krampfbewegungen, den Tik und den fazialen Spasmus zählt. Diagnose und Therapie werden erörtert. — Bei Spasmus facialis versuchte Gordon Alkoholinjektionen in den Nerven, die bisweilen befriedigende Resultate ergeben haben sollen.

Grober (132) hat hier die Behandlung der Chorea minor zum Gegenstand seiner Bearbeitung gemacht. Der psychischen Behandlung, der Bettruhe und Diät legt er großen Wert bei, ebenso lauen protrahierten Bädern.

Gardère (120) empfiehlt zur Behandlung der Chorea absolute Ruhe, Hydrotherapie, geeignete gymnastische Übungen, ferner medikamentös Arsen oder Antipyrin.

Levie (183) empfiehlt gegen das Bettnässen ein als Derivator beschriebenes Stechbecken, das so eingerichtet ist, daß der Kranke ohne Beschwerde darauf liegen kann, ohne sich oder das Bett zu verunreinigen. Dabei muß der Kranke auf einem Luftkissen liegen.

Raabe (255) empfiehlt für eine Reihe, und zwar gerade der schwersten Fälle von Spasmophilie eine mannigfaltig zusammengesetzte Nahrung, die milchlos ist. Jedoch auch in diesen Fällen geschieht es nur mit der Einschränkung, daß sie nur für die Fälle paßt, in denen sie auch sonst den körperlichen Zustand des Kindes auf die Dauer günstig beeinflußt. Als erster Grundsatz bei der Behandlung krampfkranker Kinder gilt, die Ernährungsweise zu wählen, die ein möglichst ungestörtes Gedeihen des Kindes garantiert.

Borsum (36) beschäftigt sich mit der Pflege epileptischer Personen während der Anstaltsbehandlung sowie nach der Entlassung im Hause und geht besonders auf das oft recht unvernünftige Verhalten der Angehörigen näher ein.

Jödicke (158) gibt hier eine Zusammenstellung der Arbeiten, die sich in den letzten beiden Jahren mit der Behandlung der Epilepsie beschäftigt haben.

Becker (13) gibt hier eine Übersicht über alte und neue Epilepsiebehandlungsmethoden. Er spricht sich gegen die Methode von Toulouse-Richet aus. Zu der Wirkung des Eleptin verhält er sich skeptisch; über Ureabromin ist ebenfalls noch nichts sicheres zu berichten.

Becker (14) gibt hier eine kurze Übersicht über neuere Mittel gegen Epilepsie. Das Epileptol Rosenbergs wird neuerdings von Eschle und Dr. Gaspero günstiger beurteilt und zur genauen Nachprüfung empfohlen. — Zerebrin scheint keine neuen Befürworter zu finden, außer Lion mit dem Arsenozerebrin, einer Kombination von Natr. kakodyl. mit Extr. cerebri — Eleptin-Tabletten, die Zerebrin 4%, Brom 50%, Sulfonat 1% und Borax



30 % enthalten — wird von Aschaffenburg und Verschulze nicht ungünstig beurteilt. — Das Serum Cenis, das Crotalin, das Calcium lacticum hielten den Nachprüfungen nicht Stand. — Die Flechsigsche Opiumbromkur ist ganz verlassen. — Die Toulouse-Richetsche metatropische Behandlungsmethode wird noch als berechtigt angesehen. — Das antiepileptische Pulver Weils enthält 84% Eisenbromid, 10% Hämoglobin, 6% Enzianbittertropfen, wirkt gleichzeitig roborierend.

Mackintosh (196) hat bei einem vierjährigen Kinde mit schwerer Epilepsie eine an Heilung grenzende Besserung beobachtet nach Entfernung aller Kohlehydrate aus der Nahrung. Daneben gab er noch eine Lösung von Bromkali, Strontiumbromit und Belladonna. (*Bendix.*)

Shanahan (286) fordert für die Behandlung der Epilepsie eine ausgiebige Ernährung, körperliche Übungen, geeignete Beschäftigung abwechselnd mit reichlichen Erholungspausen, Vermeidung psychischer Erregungen, ein Minimum an Medikamenten. — Die Epileptiker sollen möglichst in Spezialanstalten behandelt werden.

Buzzard (43) macht auf Frühstadien der Epilepsie aufmerksam, die sich in plötzlich und unvermittelt auftretenden Ohnmachtsanfällen äußern; die Anfälle gehen schnell vorüber und hinterlassen nur selten ein gewisses, mit einer leichten Nausea verknüpftes Krankheitsgefühl. — Die Behandlung besteht im wesentlichen in der Darreichung von Bromsalzen, denen zweckmäßig noch andere Medikamente, wie Arsenik, Digitalis, Belladonna, Borax usw. beigefügt werden. — Die operative Behandlung ist zwecklos.

Rosenberg (270) begründet die Prinzipien seiner Behandlung der Epilepsie mit Epileptol, einem Kondensationsprodukt der Amidoameisensäure. — Bei der Epilepsie liege eine Gleichgewichtsstörung der Nervenmoleküle in der Hirnrinde vor. Diese übe eine schädliche Rückwirkung auf Herz und Gefäße aus und bedinge daher Funktionsanomalien des gesamten Zirkulationsapparates. Ein gutes Antiepileptikum müsse daher einerseits günstig auf die Kreislaufschädigungen, andererseits bessernd auf die molekulare Gleichgewichtsstörung der Hirnrinde einwirken. — Diese Forderungen erfülle das Epileptol.

Wagner (340) berichtet über einen durch Epileptol günstig beeinflußten Fall von Epilepsie.

Nach Aufzählung der bekannten Behandlungsmethoden der genuinen Epilepsie kommt **Sicard** (288) zu dem Resultat, daß sich die ganze Behandlung auf die Zuführung von Brom beschränkt. Zweifellos sind die Verordnung chlorarmer Diät nach den Angaben von Richet und Toulouse, die genaue Dosierung der Bromlösung und die gleichzeitige Zuführung von Schilddrüsensubstanz gegen die Bromapathie wirksame Mittel zur Erleichterung der Brombehandlung. Trotzdem gibt es kein unfehlbares Mittel gegen die Epilepsie, und bei manchen Fällen ist jede Behandlung vergeblich. (*Misch.*)

Alombert und **Aymès** (4) berichten über ihre Erfahrungen mit Sabromin bei der Epilepsiebehandlung. Dies Präparat ist, wie andere Bromverbindungen, ein Sedativum des Nervensystems, es hebt Krämpfe auf und setzt die Übererregbarkeit der motorischen Hirnregionen herab. Nebenerscheinungen irgendwelcher Art sind nicht beobachtet worden. Es ist anderen Bromverbindungen überlegen bei der Behandlung der essentiellen Epilepsie und den Formes frustes der Epilepsie; nicht überlegen aber ist es bei symptomatischer und bei Jacksonscher Epilepsie, d. h. bei organischen Läsionen. Am besten wirkt Sabromin bei Begleitneurosen, z. B. bei Hysteroepilepsie und bei den psychischen Äquivalenten der Epilepsie, und zwar um so besser, je jüngeren Datums die Neurose ist. Eine spezifische Wirkung hat es ferner auf

Schwindel besonders hysterischer Art, vielleicht indem es die Labyrintherregbarkeit herabsetzt. Ein besonderer Vorzug des Sabromins ist, daß seine Wirkung längere Zeit vorhält. (*Misch.*)

Durch Behandlung mit Borsäure erzielt **Devaux** (81) bei mehreren Epileptikern eine totale oder partielle Unterdrückung der Krampfanfälle. Es kommt dabei darauf an, Intoxikationserscheinungen, die allerdings nur vorübergehend auftreten, zu vermeiden. Von wesentlicherer Bedeutung sind toxische Erscheinungen, wie Erytheme, Herzinsuffizienz, Ödeme, Albuminurie, Appetitlosigkeit, Dyspnöe usw., doch treten sie nur sehr selten und nur bei älteren Kranken, die von Kachexie oder Niereninsuffizienz befallen sind, hervor. Einige Patienten zeigten Somnolenz und geistige Depression wie die mit Brom behandelten. Es ist demnach bei der Borsäurebehandlung eine sorgfältige Beobachtung des psychischen und des intellektuellen Zustandes der Kranken erforderlich, außerdem muß auf gute Darmfunktion geachtet werden. Die Dosen müssen individuell variiert werden. Im allgemeinen soll man mit 3 g pro die beginnen; reicht das nicht, so gebe man gleich 5 g und steige bald auf 6 und 8 g an. Hat die Besserung auf diese Weise mehrere Tage angehalten, so soll die Dosis wieder langsam herabgesetzt, aber nicht etwa plötzlich von starker auf schwache erniedrigt werden. (*Misch.*)

Nach **Ulrich** (326) kann nur eine jahrelang ununterbrochen und konsequent durchgeführte Bromkur bei Epilepsie dauernde Anfallsfreiheit erzielen. Intermittierende Kuren haben stets Mißerfolg. Brüske Bromentziehung ist zu meiden. Auch nach Ausbleiben der Anfälle ist die Bromkur fortzusetzen. Inviduell gestaltete und methodisch durchgeführte Bromkuren bei salzarmer Kost leisten mehr als die Brommedikalien mit salzhaltiger Kost. Organische Brompräparate wirken nur in geringem Grade oder gar nicht antiepileptisch; nur die Bromalkalien wirken antiparoxysmal. Totale Abstinenz von Alkohol und ruhiges geregeltes Leben mit langer Schlafdauer sind für jeden Epileptiker nötig. Für jeden Epileptiker soll langsam steigend die antiparoxysmal wirkende Bromdosis bestimmt und konstant beibehalten werden. Steigende und fallende Bromdosen führen zu Mißerfolgen. Die meisten Epileptiker werden mit Bromkuren, mehr bei angemessener Kochsalzentziehung dauernd anfallsfrei (Toulouse-Richet). Dosiskuren mit mäßigem kochsalzarmen Regime sind ohne Schaden durchführbar. Extreme Salzentziehung eigne sich nicht für Dauerkuren. Kochsalzgaben von 5—10 g pro die bei Durchschnittsbromdosen von 4—6 g erweisen sich für Dauerkuren als zweckentsprechend. Mit Sedobrol „Roche" (Natr. bromat. 1,1, NaCl. 0,1) in Kombination mit Extraktivstoffen pflanzlichen Eiweißes als Würze und Fett wird in jeder Küche die Technik einer schmackhaften salzarmen Kost (appetitanregende Suppe) ermöglicht. Der Bromismus läßt sich durch sorgfältig dosierte Kochsalzzufuhr (1—5 g täglich) beseitigen.

Nach **Maier** (198) stellen die Sedo-Roche-Tabletten in heißem Wasser gelöst einen guten Ersatz für die Fleischbrühe, die hauptsächlich in unserer Nahrung NaCl enthält, dar. Jede Tablette enthält 1,1 g Bromnatrium und nur 0,1 NaCl. Daneben enthalten dieselben pflanzliche Extraktivstoffe, etwas Fett und Kochsalz. In gut verschlossenen Blechkapseln halten sich die hypnoskopischen Tabletten gut. Die Bromwirkung ist eine milde und schon bei kleineren Dosen zwei Tabletten pro Tag ausreichend. Die Suppe wurde gut vertragen und erzeugte keinen Bromismus.

Nach **Toulouse** und **Piéron** (319) stehen sich zur Erklärung der Hyperchlorusation, welche die Fixation des Broms im Organismus begünstigt, zwei Hypothesen gegenüber. Das Brom soll das Chlor verdrängen in den halogenen



Gruppen des Gewebes und besonders im Nervensystem, wenn das Chlor fehlt. Oder die Hyperchlorusation neigt dazu, den Organismus an Salzen verarmen zu lassen, und dieser hält das Bromsalz dann zurück, um das osmotische Gleichgewicht zu bewahren. Die Untersuchungen der Verff. weisen nach, daß die osmotische Theorie und Wirkung nicht aufrecht zu erhalten ist. Vielmehr gewinnt die Hypothese Linossiers von der halogenen Substitution hiernach eine starke Stütze.

Ulrich (328) empfiehlt hier die Sedobroltabletten bei der salzarmen Kost mit Brombehandlung der Epilepsie. Seine Ausführungen schließen sich übrigens den oben gegebenen Angaben an.

Steffen (300) konnte an seinem Material (Anstalt für Epileptische in Zürich) feststellen, daß die salzarme Kost den therapeutischen Effekt der Brombehandlung ganz bedeutend erhöht. Sie kann ohne Schaden des Patienten beliebig lange verabreicht werden, wenn der Salzgehalt der Nahrung in angemessenen Grenzen gehalten und für genügende Schmackhaftigkeit der Speisen gesorgt wird. Die Gefahr der Brom-Intoxikation ist nicht groß, da uns im Natriumchlorid das spezifisch wirkende Gegenmittel gegeben ist. Im Chloralhydrat haben wir ein wesentliches Unterstützungsmittel der Bromsalze für die Bekämpfung epileptischer Attacken.

Die Ulrichschen Bromtabletten vereinfachen die Durchführung eines allen Anforderungen entsprechenden salzarmen Regimes und repräsentieren ein vollwirkendes Brompräparat.

Volland (339) berichtet über einen Fall von Eklampsie, der durch große Dosen von Natr. salicyl zur Heilung kam (durch lebhaftes Schwitzen usw.).

Stroganoff (308) berichtet über drei in den Berliner Universitäts-Frauenkliniken beobachtete Eklampsiefälle, die mit Hilfe seiner prophylaktischen Methode der Morphiumchloralbehandlung der Heilung zugeführt wurden. Kurze Übersichten über die bisherigen Resultate dieser Therapie.

Stroganoff (309) bespricht die drei günstig verlaufenen Fälle von Eklampsie, welche er in den Berliner Frauenkliniken vermittels seiner kombinierten Morphiumchloraltherapie zu behandeln Gelegenheit hatte. Er setzt die Technik seiner Methoden auseinander und schildert die bisher erzielten Ergebnisse.

Zoeppritz (364) sah gute Erfolge von der Stroganoffschen Behandlungsmethode der Eklampsie. Besonders haben die Narkose und Chloralhydrat einen günstigen Effekt, während die Behandlung mittels hoher Morphiumdosen weniger zu empfehlen ist. Die einmal abgeheilte Schwangerschaftseklampsie pflegte nach der Stroganoffschen Behandlung selten zu rezidivieren.

Kapferer (163) berichtet unter anderem über 50 Fälle der Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff. In keinem dieser Fälle, die prophylaktisch nach Stroganoff behandelt wurden, traten Indikationen zur forzierten Entbindung auf. Von den 50 Fällen kamen nur 4 zum tödlichen Ausgang und zwar durch schwere Komplikationen, die vorlagen. Auch die Mortalität der Kinder war weit geringer, 18% gegen 55% früher. Namentlich bei den Fällen der Eklampsie in der Schwangerschaft war der Verlauf ein sehr günstiger. Nur bei zwei mußte künstliche Frühgeburt eingeleitet werden.

Steiger (301) empfiehlt die konservative Therapie bei der Eklampsie und besonders die von Tweedy befürwortete mit Morphium und vollständiger Entleerung des ganzen Intestinaltraktus.

Unter 16 mit der Stroganoffschen Methode behandelten Kranken hatte **Voigts** (338) 7 Todesfälle (das ist eine Mortalität von 43,7%). Die kindliche Mortalität betrug 37,5%. In sehr schweren Fällen, etwa 5% aller



Eklampsien versagt sowohl die Stroganoffsche Therapie wie auch die Frühentbindung. In den übrigen Fällen hat die Schnell- und insbesondere die Frühentbindung zusammen mit reichlichem Aderlaß bei weitem bessere Dienste geleistet wie die Behandlung nach Stroganoff.

Lichtenstein (186) ist der Ansicht, daß die seit der Einführung der aktiven Eklampsiebehandlung (Schnellentbindung, Abrasio, Amputatio mammae) erhobenen Statistiken sämtlich fehlerhaft seien, weil zwei Arten von Eklampsie dabei ganz übersehen wurden, die Wochenbetteklampsie und die von ihm „interkurrent“ genannte Form, d. h. die vor der Entbindung schon spontan aufhörende, also als interkurrente Schwangerschaftserkrankung anzusehende Eklampsie. Nun seien diese fehlerhaften Statistiken aber die festesten Grundlagen der fötalen bzw. plazentaren Theorie der Eklampsieentstehung geworden. Berücksichtigt man hingegen die beiden bisher vergessenen Formen in der Statistik, so kommt man zu dem Ergebnis, daß die günstigsten Ergebnisse mit den stärkeren Blutverlusten verbunden sind, so daß diese als die therapeutisch wirksamen Faktoren bei den Eingriffen anzusehen sind.

Auf Grund dieser Erwägungen begann Verf. mit einer „abwartenden“ Behandlung, in der er systematische Blutentziehung mit der Stroganoffschen Behandlungsweise kombinierte. Jeder Eklamptischen wird, ohne einen weiteren Anfall abzuwarten, vor oder nach der Entbindung ein Aderlaß von 500 ccm gemacht, sodann das Stroganoffsche Schema der Morphium- und Chloralverabreichung durchgeführt, zur Narkose jedoch statt Chloroform das Billrothgemisch verwendet. Von der Wärmeapplikation wird abgesehen.

Die so gewonnenen Resultate sind durchaus günstig, die Mortalität betrug 11,11 % gegenüber einer Durchschnittszahl von 18,5 % in den letzten zehn Jahren. Verf. kommt daher zu dem Schluß, daß die aktive Therapie nicht nötig ist. (*Prager.*)

Für die prophylaktische Behandlung der Eklampsie tritt **Pinard** (249) ein. Er bezeichnet alle graviden Frauen, die Albumen im Urin haben, als „Kandidatinnen der Eklampsie“, da er, außer bei einem einzigen von vielen seit 30 Jahren beobachteten Fällen, das Vorhandensein einer Albuminurie bei den Eklamptischen stets nachweisen konnte. Der eklamptische Anfall selbst ist nur die früher oder später auftretende Manifestation einer schon länger latent bestehenden Krankheit, einer Autointoxikation, deren Ursache die Gravidität, und deren erstes Symptom die Albuminurie ist. Demnach ist es erforderlich, bei jeder Schwangeren, zum mindesten vom fünften Monat an, den Urin regelmäßig zu untersuchen. Da sich Verf. der Ansicht anschließt, daß die Eklampsie eine Toxämie infolge von Leberinsuffizienz ist, so ordnet er eine prophylaktische Therapie an, die das Ziel hat, „die Aufgabe der Leber sozusagen zu ersetzen und die Tätigkeit der Ausscheidungsorgane zu steigern.“ Demnach verordnet er bei jeder Schwangeren mit Albuminurie absolute Milchdiät; ferner hält er es für nötig, sie in einer Temperatur von mindestens 20°, und am besten im Bett zu halten, sie mit Flanell zu bedecken und zum Abführen Drastika zu verordnen. Bei sehr vorgeschrittenen Fällen erst wendet er die Blutentziehung an. Eine Unterbrechung der Gravidität kommt bei dieser weitgehenden Prophylaxe so gut wie gar nicht in Frage, da es zu eklamptischen Anfällen niemals kommen wird. (*Misch.*)

Stroganoff (310) befürwortet, da bei der unbekannten Ätiologie der Eklampsie keine kausale Therapie möglich ist, die prophylaktische Methode der Behandlung, die einerseits bisher die besten Resultate gezeitigt hat, anderseits sowohl vom Standpunkte der Theorie der Reizwirkung als auch der Intoxikationstheorie durchaus rationell ist. Die Wirkung des Chloral-



hydrats ist der der sogenannten physiologischen Antagonisten bei Vergiftungen analog. Die Kombination verschiedener Narkotika ist günstig, da dadurch eine Anwendung kleinerer Dosen und also eine Verminderung der Giftigkeit erreicht wird. (*Misch.*)

Ausgehend von der Annahme, daß die Eclampsia gravidarum, wie das mit dieser Erkrankung verwandte, vielleicht sogar identische Milchfieber der Kühe, durch ein im gestauten Kolostrum entstehendes Toxin, welches in die Blutbahn gelangt, bedingt sei, schlägt **Williams** (356) vor, durch pralle Anfüllung der Mammae mit Sauerstoff oder steriler Luft eine Absperrung der Blutzufuhr zu den Mammae zu bewirken, um auf diese Weise den Übergang der Toxine ins Blut zu verhindern. Es wird von einem Fall von Eklampsie berichtet, bei dem, allerdings unter gleichzeitiger Anwendung der sonst üblichen therapeutischen Maßnahmen, durch die Mammae prall anfüllende, streng aseptische Sauerstoffinjektionen mit folgender komprimierender Bandagierung die Eklampsieanfälle schnell kupiert wurden. Allerdings glaubt Verf. selbst, daß bei der Geschwindigkeit, mit der die Resorption des Sauerstoffes erfolgt, der therapeutische Effekt wohl zum größten Teil einer direkten Einwirkung der Sauerstoffs auf die Toxine selbst zuzuschreiben sei. (*Misch.*)

Zweifel (365) wendet bei Eklampsie den primären Aderlaß an, d. h. er nimmt die Venäsektio bereits vor Ablauf der Geburt vor; daneben wurde die von Stroganoff inaugurierte Morphiumchloralhydratbehandlung durchgeführt. Die Resultate dieser Therapie werden tabellarisch mitgeteilt. Aus den bei Gelegenheit dieser Behandlung durchgeführten Blutuntersuchungen ist wichtig hervorzuheben, daß das Blut bei Eklampsie dicker und wasserärmer ist als in der Norm.

Coughlin (62) empfiehlt die Anwendung von Veratrum viride in großen mehrfachen Dosen (innerlich oder subkutan) bei der Eklampsie.

Wallace (343) sah von intravenösen Injektionen von Hirudin in zwei Fällen eine günstige Wirkung bei der Eklampsie.

Walcher (342) geht von der in der Tiermedizin bekannten mammären Entstehung der Eklampsie aus und versuchte das Abspritzen des Kolostrums während oder kurz nach dem eklamptischen Anfall, solange als durch starken Druck noch Serum zu entleeren war. In mehreren Fällen wurden kleine Morphiumdosen gegeben und eine Infusion von ³/₄ Liter physiologischer Kochsalzlösung angeschlossen. In einigen Fällen schien die Therapie erfolgreich zu sein, in andern versagt sie.

Smithson (295) hat zwei Fälle von Tetanus bei Kindern im Alter von neun und acht Jahren mit der empfohlenen Lösung von Magnesiumsulfat behandelt, aber mit negativem Erfolge. Er glaubt, daß die dem Alter und Gewicht entsprechend angewandte Dosis im ersten Falle zu stark, im zweiten Falle aber zu schwach war, und die Dosierung des Magnesiumsulfates noch zu unsicher ist. (*Bendix.*)

Szászy (312) veröffentlicht 14 Fälle von Tetanus, von denen 13 ohne Antitoxinbehandlung heilten. Die Behandlung dieser Tetanusfälle bestand in subkutanen Injektionen von 0,03 Morphin pro dosi und in Verabreichung großer Dosen Chlorals per os. — Nach den Angaben Verf.s soll diese Therapie entschieden wirksamer sein als die Antitoxinbehandlung, obwohl Verf. keinen einzigen Fall von Tetanus mittels Antitoxin behandelte. (*Hudovernig.*)

Pallasse (239) hat einem Tetanuskranken mit Kontrakturen der unteren Extremitäten, Nackensteife und Trismus nach mehrmaliger wirkungsloser Antitetanusserum-Injektion 5 ccm 25%iger Magnesiumsulfatlösung in den Duralsack injiziert nach vorhergegangener Lumbalpunktion mit Entnahme von



5 ccm Zerebrospinalflüssigkeit. Die Injektion hatte keinen Einfluß auf die Kontrakturen, dagegen traten drei Stunden nach der Injektion schwere Störungen der Respiration auf, bestehend in starker Dyspnoë mit Erstickungsgefühl. Der Anfall ging vorüber, und nach abermaliger Antitetanusserum-Injektion mit Gaben von Chloral gingen alle Tetanussymptome zurück, die Kontrakturen lösten sich. Nach diesen Erfahrungen erklärt Verf. die Magnesiumsulfat-Injektion als zu gefährlich für eine symptomatische Behandlung, nicht geeignet zur Behandlung von Tetanus, vielleicht wirksam bei der Behandlung von Kontrakturen. (*Lotz.*)

Parker (240) empfiehlt die subkutane Injektion von Magnesiumsulfat bei Tetanus, da die muskelberuhigende Wirkung desselben dem Körper Erholung verschafft, bis die Serumwirkung eintritt. Es werden drei Fälle von Tetanus mit tonischen Krämpfen beschrieben, bei denen die Injektion ein fast unmittelbares Nachlassen des Krampfes bewirkte. (*Misch.*)

Zur Behandlung von Tetanus empfiehlt **Bernart** (24) intravenöse Injektionen von Karbolsäure, die aber nur dann helfen können, wenn sie nicht in zu niedrigen Dosen angewendet werden. Verf. hat eine Karbolbehandlung ausprobiert, die längere Zeit fortgesetzt werden kann, ohne die Nieren im geringsten zu schädigen oder sonstwie Vergiftungssymptome zu machen. Er beginnt mit 0,13 bis 0,195 g (zwei bis drei Körner), die er zwei bis dreimal in den ersten 24 Stunden gibt, und steigert dann rasch die Dosen auf 0,325 g (fünf Körner), die ebenfalls zwei- bis dreimal täglich zu geben sind. Die Substanz ist in 1- oder 2%iger Lösung intravenös zu geben. Eine Behandlung von sechs bis zehn Tagen scheint zu genügen. Selbstverständlich muß der Urin währenddessen sorgfältig kontrolliert werden. (*Misch.*)

Bing (26) faßt die Behandlung der Chorea minor zusammen. Hinsichtlich der Lebensweise empfiehlt er strengste Isolation und ein größtmögliches Maß von Bettruhe ev. durch Gaben von wechselnden Schlafmitteln und fortwährende Verdunklung des Krankenzimmers zu unterstützen. Leichte fleischfreie, milchreiche Diät mit Verbot von Kaffee, Tee, Alkohol und Gewürzen. Hydrotherapeutisch werden nur lauwarme Bäder und Abreibungen empfohlen. In der medikamentösen Behandlung soll das Arsen die Hauptrolle spielen in steigender Dosierung und dazu als Adjuvans Antipyrin in kleinen Dosen oder Extractum cannabis indicae, auch Pilulae cannabinae compositae. Betont wird der Wert täglicher Atemübungen bei flacher Rückenlage und nach Abklingen der heftigsten choreatischen Reizerscheinungen regelmäßiger, langsamer aber rhythmischer Extremitätenbewegungen. Eine Nachkur ist vor Wiederaufnahme des Schulbesuches zweckmäßig. (*Lotz.*)

Dem psychogenen Charakter der Enuresis nocturna entsprechend, empfiehlt **Klotz** (166) eine suggestive Behandlung derselben, die vielfach zu variieren ist. Am wirksamsten ist die gerade schmerzhafte Faradisation der Genitalien, ferner lokale kalte Douschen, Milieuwechsel, Hypnose. Daneben muß auf eine Beschränkung der Flüssigkeitszufuhr und auf streng vegetarische Diät gehalten werden. Weitere Mittel sind: die Erhöhung des Bettfußrandes und das Schlafenlassen in Seitenlage; auch der Pfaundlersche Weckapparat, sowie das systematische Wecken zwecks Urinlassen sind wertvolle Behandlungsmittel. (*Misch.*)

g) Neuralgien.

Herzog (146) gibt hier eine Übersicht über die verschiedenen Methoden der Therapie der Gesichtsneuralgien. Die Injektionstherapie kann nach ihm in vielen Fällen heilend wirken und vor recht eingreifenden operativen Methoden schützen.



Watson (348) teilt die gesamten Ischiasfälle in eine primäre und eine sekundäre Gruppe. Zur ersteren zählt er die Ischiasneuralgien, die Neuritis ischiadica und Perineuritis ischiadica. Die sekundäre Gruppe setzt sich aus den Krankheitsfällen zusammen, die als Folgezustände entweder einer Druckwirkung oder anderweitiger Entzündungsprozesse auftreten. Die medikamentöse und physikalische Therapie der Ischias wird genau erörtert.

Leszynsky (181) hat 25 Patienten mit Ischias mit perineuralen Alkoholinjektionen behandelt; davon heilten 13, zehn wurden gebessert und zwei blieben ungeheilt. Es waren 20 Männer und fünf Frauen. Die Krankheit hatte bei den Fällen schon eine Woche bis zwei Jahre bestanden. Zwei heilten nach einer Injektion, drei nach zwei Injektionen, zwei nach drei und zwei nach vier Injektionen. Irgendwelche Nervenstörungen, besonders Lähmungen, wurden nicht beobachtet. (*Bendix.*)

Als beste Methode zur Heilung der Ischias wird von **Baum** (12) die epidurale Anästhesie empfohlen, kombiniert mit der perineuralen Infiltration. Baum kombinierte in den Fällen, in denen die Cathélin-Sicardsche Methode der epidurale Anästhesie keinen vollen Erfolg brachte, mit der Langeschen Infiltrationsanästhesie.

Beddard (15) sah in drei Fällen von Koccygodynie den Schmerz hauptsächlich durch direkten Druck auf das Steißbein entstehen. Er konstruierte daher eine Art Gürtel, durch welchen speziell die Tubera ischii und des os coccygeum gegen diesen Druck geschützt werden sollten, und erzielte hiermit günstige Erfolge.

Maier (197) sah in der Behandlung der Arteriosklerose von Jodozithin (Verbindung von Jod mit Lecithin und Eiweiß) günstige Erfolge. Jod ist hier teilweise als organisches Jod an Lezithin gebunden, teils als anorganisches Jod an Eiweiß gebunden als jodwasserstoffsaures Salz.

Williams (360) referiert über drei Fälle, in denen es infolge arteriosklerotischer Veränderungen zu schweren nervösen Störungen gekommen war. Da der Verf. die ursächliche Schädigung in toxischen Einflüssen zu sehen glaubte, legte er den Hauptwert auf reizfreie Diät, Fernhalten von Alkohol, Tee und Kaffee, regelmäßige körperliche Übungen und leichte Badebehandlung. Mit diesem Régime erzielte er günstige Erfolge.

Bing (28) gibt kurze Anweisungen für die Behandlung der Apoplexie.

Bing (27) empfiehlt bei Neuralgien nächst Bettruhe mit Fixation der kranken Teile in geeigneter Lage, Kostwechsel und kausaler Therapie als Antineuralgika Natrium salicylicum, das außer bei empfindlichem Magen dem Aspirin vorgezogen wird, ferner Pyramidon, bei Trigeminus- und Okzipitalneuralgie Migränin, Trigemin, Atropin oder Methylatropin, Akonitin oder Tinktura Gelsemii; Kälteapplikation nur bei frischen Fällen sonst die verschiedenen Formen von Thermotherapie, feuchte und trockene. Bei lokalisierter Druckempfindlichkeit einige Sekunden währende Durchfrierung mit Chloräthylspray nicht zu rasch wiederholen. Galvanotherapeuthisch wird stabile Anodenbehandlung, bei alten Fällen Durchströmung des kranken Nerven angeraten; leichte Vibrationsmassage bei frischen, Petrissage bei alten Fällen, unblutige Dehnung bei Ischias. Zu Injektionen werden verschiedene Lösungen nach der Langerschen Methode angegeben, beim Ischiadikus sind größere Mengen von einer Schleichschen Quaddel aus einzuspritzen; vor neurolytischen Injektionen wird bei gemischten Nerven wegen Gefahr der Lähmung gewarnt, bei Trigeminusneuralgie zugeraten, doch darf nicht in Blutgefäße injiziert werden. Bei sehr schweren Formen treten die chirurgischen Eingriffe in Erwägung. (*Lotz.*)



Laval (178) teilt die Fälle von Ischias, die keine eindeutige Ätiologie haben, in leichte und hartnäckige Fälle ein. Die leichten Fälle behandelt er intern mit Antipyrin, Aspirin usw., ferner mit Salben und Linimenten und mit Einpackungen. Er empfiehlt auch die Besprengung mit Methylchlorid, wobei der Strahl tangential auffallen soll, nie länger als vier Sekunden auf dieselbe Stelle treffen und aufhören soll, wenn die abgekühlte Haut weiß erscheint. Bei den hartnäckigen Fällen verwendet er Hydrotherapie und Massage, Heißluftbäder, Elektrotherapie mit Stromapplikation durch sehr breitflächige Elektroden, mit Injektionen und mit Dauerextension. (*Lotz.*)

Auché und **Lataste** (9) berichten von einem Fall einer umschriebenen Zone von Parästhesien am Unterschenkel, deren Ursache wahrscheinlich in einer ständigen Quetschung des betreffenden Hautastes bei der Arbeit zu suchen ist. Objektiv fand sich in größeren oder kleineren Partien der Zone eine Herabsetzung der Sensibilität für Berührung, Wärme und Nadelstiche. Nach vergeblicher Anwendung verschiedener Behandlungsmethoden wurde endlich definitive Heilung erzielt durch drei subkutane Injektionen von Luft, die in Mengen von je $^1/_2$ bis 1 Liter in Abständen von einigen Wochen mitten in die parästhetische Zone gegeben wurden. Nach jeder Injektion wurde Massage angewandt. Eine Besserung setzte sofort nach der ersten Injektion ein. (*Misch.*)

Übereinstimmend mit einer Veröffentlichung von Funk stellt **Schaumann** (277) aus der Reiskleie einen kristallisierbaren Körper dar, der, sowohl bei enteraler wie bei parenteraler Einverleibung, die Lähmungen bei einer an Tauben experimentell erzeugten Polyneuritis zum Verschwinden bringt. Da dies trotz schwerer Nervendegeneration innerhalb weniger Stunden eintritt, so kann es sich bei der Wirkung der Substanz unmöglich um eine direkte Beeinflussung der pathologisch-anatomischen Veränderungen handeln, sondern um die direkte oder indirekte Lieferung der Energie, die der Nerv für seine eigentümlichen Funktionen braucht. Da ferner sehr kleine Gaben der Substanz auf lange vorhalten, ihr Verbrauch demnach ein sehr geringer ist, so muß man annehmen, daß es sich hier um eine fermentartige Wirkung im intermediären Stoffwechsel handelt, die Substanz also wie ein Katalysator wirkt. (*Misch.*)

b) Rückenmark.

Livingston (192) geht hier auf die verschiedenen Methoden der Tabesbehandlung wie der einzelnen Symptome näher ein. Quecksilber will er in vorgeschrittenen Fällen und bei Optikusatrophie besser gemieden sehen. Medikamente sind möglichst zu meiden. Ruhe, Klima, Hydrotherapie, gute Ernährung, psychische Beeinflussung sind wichtige Faktoren neben Elektrizität usw.

Singer (292) bespricht hier ausführlich die Behandlung der tabischen Schmerzparoxysmen, und zwar erörtert er zunächst die spezifischen Kuren, die er nur bei beginnender Tabes angewandt wissen will. Stets soll die Lues erst serologisch-zytologisch festgestellt werden, ehe solche Kuren eingeleitet werden. Im zweiten Abschnitt wird die medikamentöse, im dritten die physikalische Therapie, im vierten die Uretrotherapie und im letzten die chirurgische Behandlung behandelt. Mitunter wirkt das Ablassen einiger Kubikzentimeter von Liquor cerebrospin. Wunder. Die Förstersche Operation dient als ultimum refugium bei Inanition, Lebensgefahr, Morphinismus usw.

Singer (293) gibt hier in kürzerer Darstellung die gleichen Betrachtungen wie in der vorstehenden Arbeit.

Cade und **Leriche** (45) befürworten eine verschiedene Indikationsstellung der Behandlung der gastrischen Krisen des Tabikers je nach dem



Ursprung und der Schwere der Anfälle. Zunächst muß nach der Natur und den Ursachen der Krisen gefahndet werden. Wenn es sich um eine sehr schmerzhafte Krise mit starkem Erbrechen, Tachykardie, aussetzenden Pulsen und Kehlkopfkrisen handelt, muß man an Vagusätiologie denken; in diesem ziemlich seltenen Fall ist unter Umständen die doppelseitige Vagotomie nach Exner angebracht. Im allgemeinen ist die Krise aber sympathischen Ursprungs. Hierfür ist das einfachste und mildeste Heilmittel die Krönigsche Methode, in die Rückenmuskeln zu beiden Seiten der Spinallinie zwischen sechsten und zehnten Rückenwirbel 100 ccm einer 0,5 prozentigen Novokainlösung zu injizieren. Zur Erzielung einer Dauerwirkung könnte man vielleicht das Novokain durch Alkohol ersetzen und also die gastrische Krise wie eine Gesichtsneuralgie behandeln. Ist diese Behandlung erfolglos, so kann man die Frankesche Operation versuchen, nämlich die fünf oder sieben letzten Interkostalnerven herauszureißen, oder man kann die Operation von Jaboulay, nämlich die Dehnung des Plexus solaris, versuchen. Erst im Falle eines erneuten Mißerfolges oder eines Rezidivs kommt die Förstersche Operation in Betracht, indem möglichst sieben Wurzeln auf jeder Seite durchschnitten werden. Diese Operation kommt jedoch nur bei noch widerstandsfähigen Kranken und bei sehr schweren Krisen in Anwendung. (*Misch.*)

Zur Behandlung der gastrischen Krisen der Tabiker schlagen **Roger** und **Baumel** (269) Lumbalpunktion sowie lumbale Injektion verschiedener Medikamente vor. Tatsächlich genügt schon das Ablassen von 10 bis 30 ccm Liquor, um eine Besserung der gastrischen Krisen, während derer die Zerebrospinalflüssigkeit meist unter einem erhöhten Druck steht, herbeizuführen; dagegen sind die Schmerzattacken auch durch Entziehung großer Liquormengen nicht zu beeinflussen. Zur intraduralen Injektion wurden sterile, isotonische Lösungen von Kokain, Eukain, Stovain oder Novokain, Magnesiumsulfat, Fibrolysin und Elektromerkurol benutzt. Während die Fibrolysininjektionen sich wegen sehr heftiger Reaktionserscheinungen nicht bewährt haben, ist das Magnesiumsulfat, welches die Reizbarkeit des Nervensystems herabsetzt, dem Kokain und seinen Derivaten an Heilwirkung überlegen; die therapeuthische Wirkung der Quecksilbersalze ist hier auch nicht so eindringlich wie bei der Behandlung motorischer Tabessymptome. Die gemeinsame Wirkungsweise dieser so verschiedenartigen Medikamente besteht in der Erzeugung einer „therapeutischen Meningitis", wie einerseits aus den Reaktionserscheinungen nach der Injektion, anderseits aus der bedeutenden Vermehrung der polynukleären Leukozyten und des Eiweißes im Liquor cerebrospinalis hervorgeht. Diese akute Meningitis begünstigt die Resorption der chronischen Meningitis, die bei der Tabes besonders in der Gegend der hinteren Wurzeln lokalisiert ist und für die Mehrzahl der Symptome verantwortlich gemacht wird. Nur so läßt sich die Dauerwirkung der verschiedenen Medikamente bei den gastrischen Krisen erklären. (*Misch.*)

Durch Erzeugung von Hyperämie behandelt **Mc Ilhenny** (208) die akute Poliomyelitis. Nach Entleerung des Verdauungskanals, warmer Bandagierung der Extremitäten, Zuführung von flüssiger Diät und Verordnung geringer Strychnindosen besteht die Behandlung darin, daß Schröpfköpfe zu beiden Seiten der Wirbelsäule und direkt auf die Wirbelfortsätze vom Os sacrum bis zur Zervikalregion aufgesetzt werden, und zwar täglich eine Stunde lang bis zur Rückkehr der Motilität. Mittels dieser Methode sollen ausgezeichnete Resultate, in den meisten Fällen Heilung ohne wesentliche Lähmungen erzielt worden sein, vorausgesetzt, daß die Behandlung innerhalb von vier Tagen nach Beginn der Erkrankung einsetzt. (*Misch.*)



c) Infektionskrankheiten.

Kocher (167) sah in drei Fällen von Tetanus von der Meltzerschen Methode gute Heilerfolge (intravenöse Injektion von Magnesiumsulfat und intraspinale Injektion). Es gelingt, durch Injektion in den Lumbalsack der Dura eine völlige Anästhesie zu erzeugen, ohne Atmung und Herztätigkeit zu stören, wenn man geeignete Dosen anwendet. (5 ccm einer 25%-igen Magnesiumsulfatlösung.) Die Atmung muß durch künstliche Methoden, direkte Sauerstoffzufuhr bis zum oberen Ende der Trachea erhalten werden. Die Wirkung des Magnesiumsulfats ist der einer lange dauernden Narkose zu vergleichen.

Pagenstecher (238) gibt hier die Methoden der Tollwutbehandlung an, wie sie vor 600 Jahren geübt wurden. Sie bestanden im wesentlichen in Versuchen, das Gift zu eliminieren und unschädlich zu machen.

Stendel (304) berichtet hier über die Erfolge der Bekämpfung der Schlafkrankheit in Deutsch-Ostafrika. Atoxyl wirkt in frischen Fällen gut, versagt mitunter bei Rückfällen und in vorgeschrittenen Fällen, in anderen kommt es zum Stillstand oder zur Besserung. Ein Dritttel bis ein Viertel der Erkrankten kommt zur definitiven Heilung. Abholzungen wirken prophylaktisch günstig.

Dempwolff (77) referiert über einen von Stendel gehaltenen Vortrag, in welchem der gegenwärtige Stand der Schlafkrankheitsbekämpfung in Deutsch-Ostafrika skizziert wird.

Die hauptsächlichsten Maßnahmen bestehen in der Zentralisierung der Kranken in bestimmten Lagern, in der ambulanten Behandlung Frischkranker, Internierung Unheilbarer, Umquartierung gefährdeter Dörfer und Vernichtung der Glossiva palpalis. Medikamentös wird mit günstigem Erfolge Atoxyl angewandt.

Ein Auszug aus dem amtlichen Bericht von **Kudicke** (171) über die Behandlung der Schlafkrankheit ergibt, daß weder die Behandlung mit Antimon, noch mit Antimon-Trypanosan oder Antimon-Atoxyl, noch mit Salvarsan, noch mit Arsenophenylglyzin nennenswerte Besserungen bewirkt. (*Misch.*)

Netter (225) berichtet über bemerkenswerte Beobachtungen von Cantas (Athen) bei der Behandlung der Meningitis epidemica. Bei der Lumbalpunktion eines solchen Falles erhielt er nämlich nur ganz geringe Mengen eitriger Zerebrospinalflüssigkeit, die nur mit Mühe durch Aspiration gewonnen werden konnten, und die Spritze mit Antimeningokokkenserum konnte nicht völlig entleert werden, da der Stempel auf Widerstand stieß; zudem traten gegen Ende der Injektion Konvulsionen auf. Es wurde angenommen, daß arachnoideale Verklebungen die Kommunikation zwischen dem oberen und unteren Teile des Duralsackes aufgehoben hätten. Unter dieser Voraussetzung wurde die nächste Punktion zwischen ersten und zweiten Brustwirbel gemacht, und es fanden sich hier ganz ähnliche Bedingungen wie unten. In diesem Falle gelang die Injektion vollständiger, und es wurden nunmehr wechselnd im lumbalen und im thorakalen Teil der Wirbelsäule Injektionen gemacht. Diese führten zu einer ziemlich raschen Aufhellung des Liquor und zur Heilung, während ein früherer, analoge Symptome bietender Fall ohne die erwähnte Behandlung zugrunde gegangen war. (*Misch.*)

Herrick (144) beschreibt einen Fall von Diabetes insipidus, bei dem, nach einer Lumbalpunktion und Ablassen von 5 ccm Liquor, ein Sinken der Harnmenge von $7^1/_2$ bis 11 Liter auf 660 ccm pro die innerhalb von 48 Stunden zu beobachten war. Gleichzeitig stellten sich vorübergehend



Kopf- und Rückenschmerzen, Anorexie und Erbrechen ein. Später stieg die Urintagesmenge wieder etwas, überschritt aber nie die Menge von 1800 ccm. Diese Erscheinungen legen es nahe, daß der Diabetes insipidus hier auf eine Störung von seiten des Gehirnes, wahrscheinlich der Hypophyse, zurückzuführen ist. (*Misch.*)

Psychologie.

Ref.: Dr. G. Voss-Düsseldorf.

1. Aall, A., Die Bedeutung der Zeitperspektive bei der Einprägung für die Dauer der Gedächtnisbilder. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
2. Abraham, Karl, Über ein kompliziertes Zeremoniell neurotischer Frauen. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 8. p. 421.
3. Derselbe, Ueber die determinierende Kraft des Namens. ibidem. 2. Jahrg. p. 133.
4. Derselbe, Dreams and Myths. A Study in Race Psychology. Translated by William A. White. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 475, 627. 690. 759. 835.
5. Derselbe, Amenhotep IV. (Echnaton.) Psychoanalytische Beiträge zum Verständnis seiner Persönlichkeit und des monotheistischen Aton-Kultes. Imago. Bd. I. H. 4. p. 334.
6. Abraham, O., Untersuchungen über Vergleichungen von Tondistanzen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
7. Abramowski, Edouard, Analyse physiologique der la perception. Paris. 1911. Bloud.
8. Ach, Serienmethode für Reaktionsversuche und Demonstration des Chronoskopchronographen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1022.
9. Adler, Alfred, Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individualpsychologie und Psychopathologie. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
10. Agadshanjantz, K., Die Hauptprobleme beim Studium der psychischen Erscheinungen. Pjatigorsk.
11. Ameline, Une loi numérique entre la durée du travail intellectuel et l'intensité de la fatigue cérébrale. Journal de Psychol. normale et pathol. 1911. No. 3—4.
12. Anschütz, Georg, Spekulative, exakte und angewandte Psychologie. Eine Untersuchung über die Prinzipien der psychologischen Erkenntnis. I. u. II. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 23. H. 3/4. p. 281. Bd. 24. H. 1—3. p. 1. 111.
13. Derselbe, Tendenzen im psychologischen Empirismus der Gegenwart. Eine Erwiderung auf O. Külpes Ausführungen „Psychologie und Medizin" und „Über die Bedeutung der modernen Denkpsychologie". ibidem. Bd. 25. H. 3—4. p. 189.
14. Atherton, M. Valerie, and Washburn, M. F., Mediate Associations Studied by the Method of Inhibiting Associations. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 1. p. 101.
15. Baensch, Das Verhältnis zwischen Gehirn und Seele in der Auffassung der neuen französischen Philosophie (Henri Bergson). Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 496. **(Sitzungsbericht.)**
16. Baerwald, Psychische Unterschiede der germanischen und romanischen Völker. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 312. **(Sitzungsbericht.)**
17. Baglioni, S., Scienze biologiche e filosophia. Rivista di Psicologia. No. 1.
18. Derselbe, Physiologie und Pädagogie. Rivista pedagogica. V. Jahrgang. II. Bd. VII. Heft.
19. Baguer, Les sourds-muets et la lecture sur les lèvres. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 54. **(Sitzungsbericht.)**
20. Baker, S., Physiognomical Reflex. Journ. of Abnormal Psychology. VII. No. 1.
21. Barat, L., La substitution des images aux sensations. Journ. de Psychol. 9. 163.
22. Barr, Martin W., Where Fancies Fly with Painted Wings to Dazzle and Mislead. The Alienist and Neurologist. Vol. 33. No. 4. p. 390.
23. Barthel, Waldemar, Die Psychologie in der Religionsphilosophie. Inaug.-Dissert. Jena.
24. Beaurain, Die Hauptmerkmale des kindlichen Intellekttypus. Neurol. Centralbl. 1913. p. 477. **(Sitzungsbericht.)**
25. Becher, E., Gehirn und Seele. Die Psychologie in Einzeldarstellungen. Heidelberg.
26. Bechterew, W. v., Über die Hauptäusserungen der neuro-psychischen Tätigkeit bei objektivem Studium derselben. (Zur Psycho-Reflexologie.) Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 60. H. 1. p. 280.
27. Derselbe, Was ist Psychoreflexologie? Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 32. p. 1481.



28. Derselbe, La psychologie sociale considérée comme une science objective. Revue psychologique. 1911. fasc. 3.
29. Derselbe, Objektive Psychologie. III. Teil. Spezieller Teil. St. Petersburg.
30. Derselbe, Persönliche Reflexe. Bote f. Psychologie. (Russ.) **9.** 1.
31. Beer, Max, Die Abhängigkeit der Lesezeit von psychologischen und sprachlichen Faktoren. Inaug.-Dissert. Würzburg.
32. Bentley, M., Boring, E. G., and Ruckmich, C. A., New Apparatus for Acoustical Experiments. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 4. p. 509.
33. Benussi, Vittorino, Stroboskopische Scheinbewegungen und geometrisch-optische Gestalttäuschungen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. H. 1. p. 31.
34. Bergson, Schöpferische Entwicklung. Jena. Diederichs.
35. Bernheim, H., Sommeil et somnambulisme. L'Encéphale. No. 4—5. p. 305. 417.
36. Derselbe, Sleep and Somnambulism. (Translation by William W. Coles.) Westborough State Hosp. Papers. Ser. 1. p. 129.
37. Bertrand, Alexis, Le mouvement psychologique. Deux idoles de la psychologie contemporaine. Arch. d'Anthropol. crim. T. 27. p. 542.
38. Betz, Der Begriff des Durchschnittsmenschen. Neurol. Centralbl. p. 656. **(Sitzungsbericht.)**
39. Binet, A., L'année psychologique. Paris. Masson.
40. Birnbaum, Karl, Neber den Einfluss von Gefühlsfaktoren auf die Assoziationen. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 2—3. p. 95. 194.
41. Bischoff, Ernst, Untersuchungen über Übungsfähigkeit und Ermüdbarkeit bei „geistiger" und „körperlicher" Arbeit. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XXII. No. 4. p. 423.
42. Derselbe, Über eine einfache klinisch-psychologische Methode zur Prüfung der Auffassung, der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses und der Ablenkbarkeit. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 2. p. 249.
43. Derselbe, Untersuchungen über das unmittelbare und mittelbare Zahlengedächtnis. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. IX. H. 1—2. p. 63.
44. Bleuler, Eugen, „Das Unbewusste". III. Jahressitzg. internat. Ver. f. mediz. Psychol. Zürich. 8. Sept.
45. Derselbe, Die psychologischen Theorien Freuds. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 23. H. 3—4. p. 487.
46. Derselbe, Das autistische Denken. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forschungen. **4.** 1.
47. Derselbe, Verkürzung der Assoziationszeiten als Komplexmerkmal. Neurol. Centralbl. p. 1406. **(Sitzungsbericht.)**
48. Derselbe, Forels Stellungsnahme zur Psychoanalyse. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forsch. **4.** 686.
49. Derselbe, Eine intellektuelle Komponente des Vaterkomplexes. ibidem. 684.
50. Bloch, Ernst, Beitrag zu den Träumen nach Coitus interruptus. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 276.
51. Blüher, H., Die deutsche Wandervogelbewegung als erotisches Phänomen usw. Berlin. Bernh. Weise.
52. Bobertag, Otto, Über die Intelligenzprüfungen (nach der Methode von Binet und Simon). Zeitschr. f. angew. Psychologie. Bd. 6. H. 5—6. p. 495.
53. Boer, de, Faktoren der Reproduktionsstörung. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1023.
54. Bohn, Georg, Die neue Tierpsychologie. Autorisierte Übersetzung von Rose Thesing. Leipzig. Veit & Co.
55. Derselbe, Untersuchungen über die mnemischen Phänomene bei niederen Organismen. III. Jahressitzg. d. internat. Ver. f. med. Psychol. Zürich. 8. Sept.
56. Bouman, L., De Psycho-Analyse van Freund. I. u. II. Psychiatr. en neurol. Bladen. a) No. 3. p. 346—363. b) No. 5/6. p. 634—651.
57. Bourdon, B., La perception des grandeurs. Revue philosophique. No. 11. p. 433.
58. Brahn, Max, Psychologie eines Rechenkünstlers. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. No. 10. p. 529.
59. Derselbe, Pädagogisch-psychologische Arbeiten. II. Band. Leipzig. Alfred Hahns.
60. Bresgen, M., Seele und Körper, ihre Entwicklung und ihre Wechselbeziehungen zueinander. Fortschritte der Medizin. No. 14. p. 417.
61. Derselbe, Die Furcht, ihre Herkunft und Heilung, sowie ihre Bedeutung für Erkrankung und Genesung. ibidem. No. 26. p. 801.
62. Brun, Rud., Über die Ursachen der künstlichen Allianz bei den Ameisen. (Ein Problem der vergleichenden Psychologie.) III. Jahressitzg. d. internat. Ver. f. med. Psychol. Zürich. 9. Sept.



63. Bühler, K., Die Entwicklung der Abstraktionsfähigkeit bei Schulkindern. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1022.
64. Derselbe, Vergleichung von Raumgestalten. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 86. (Sitzungsbericht.)
65. Bullough, Edward, Psychical Distance as a Factor in Art and an Aesthetic Principle. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. 5. Part. 2. p. 87.
66. Burchardt, Kurt, Kants Psychologie im Verhältnis zur transzendentalen Methode. Inaug.-Dissert. Bonn.
67. Camus, Jean, Régulation des fonctions psychiques. Paris médical. 1911. No. 45. p. 408—412.
68. Chapin, Mary W., and Washburn, M. F., A Study of the Images Representing the Concept „Meaning". The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXIII. No. 1. p. 109.
69. Chinaglia, L., Riempimento soggetivo di spazi vuoti nel campo delle sensazioni cutanee. (Nota preventiva). Stabilimento poligrafico Emiliano. Bologna.
70. Derselbe, Über subjektive Ausfüllung von Raumteilen im Gebiete der Hautempfindungen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 23. H. 3—4. p. 484 u. Riv. di Psicologia. Bd. VIII. H. 2.
71. Chojecki, A., Comparaison de quelques processus psychiques dans l'hypnose et dans la veille. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 61.
72. Derselbe, Über den Versuch objektiver Messung der Willenskraft. Verhandlungen des II. Kongresses polnischer Neurologen, Psychologen und Psychiater in Krakau am 20—24. Dezember.
73. Derselbe, Über die Umgestaltung optischer Erinnerungsbilder. Neurol. Centralbl. 1913. p. 480. (Sitzungsbericht.)
74. Chotzen, F., Die Intelligenzprüfungsmethode von Binet-Simon bei schwachsinnigen Kindern. Zeitschr. f. angew. Psychol. 6. 411.
75. Claparède, Ed., Un institut des sciences de l'éducation et les besoins auquels il répond. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 21.
76. Derselbe, Le chevaux savants d'Elberfeld. ibidem. T. XII. p. 263.
77. Derselbe, La question de la mémoire affective. ibidem. 1911. T. X. No. 40. p. 361—377.
78. Cohnheim, C., Verdauungsorgane und Psyche. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1474.
79. Colucci, C., Ricerche sul polso cerebrale di vista psico-fisiologico. I. Parte generale. Annali di Nevrologia. 30. 1.
80. Corberi, I metodi psicologici negli ultimi dieci anni secondo R. Sommer. Nota riassunta. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. fasc. 2—3. p. 524.
81. Coriat, J. H., The Evolution of Sleep and Hypnosis. The Journ. of Abnormal Psychol. 7. 94.
82. Derselbe, The Oedipus-Complex in the Psychoneuroses. ibidem. 3. 176.
83. Cornetz, Victor, De la durée de la mémoire des lieux chez la fourmie. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 122.
84. Corning, J. Leonhard, The Psychology of the Gambling Habit. A Study of Suspense in Gaming, the Drama, and the Experimental Sciences. Medical Record. Vol. 82. No. 22. p. 971.
85. Coville, L., Psychology in Schools. New York State Journ. of Medicine. Jan.
86. Cramaussel, E., Le sommeil d'un petit enfant. (Troisième série d'observations.) Arch. de Psychologie. T. XII. p. 139.
87. Cramer, A., Die Beziehungen zwischen bewussten und unbewussten motorischen Vorgängen. Neurol. Centralbl. p. 1004. (Sitzungsbericht.)
88. Cyon, E. von, Gott und Wissenschaft. Bd. I. Psychologie der grossen Naturforscher. Leipzig. Veit & Co.
89. Danzel, Th. W., Die Anfänge der Schrift. Beiträge zur Kultur und Universalgeschichte von Karl Lampert. Heft 21. Leipzig. R. Voigtländer.
90. Dattner, B., Eine psychoanalytische Studie an einem Stotterer. Centralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 1. p. 18.
91. Dauber, Johann, Die Gleichförmigkeit des psychischen Geschehens und die Zeugenaussagen. Fortschritte d. Psychologie. 1. 83.
92. Decroly, Le développement de l'aptitude graphique. Journal de Neurologie. No. 23. p. 441.
93. Derselbe, La psychologie du dessin. ibidem. No. 23. p. 421.
94. Derselbe et Degand, Julia Mlle., Observations relatives à l'évolution des notions de qualités continues et discontinues chez l'enfant. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 81.
95. Dello, Valle G., Le leggi del lavoro mentale. Torino. Paravia.
96. Deschamps, Albert, La confiance et la sympathie; le rapport psycho-moteur. Paris médical. No. 29. p. 72—75.



97. Desruelles, Un calculateur prodige, aveugle-né. Contribution à l'étude de la mémoire tactile. L'Encéphale. I. S. No. 6. p. 518.
98. Deuchler, G., Über die Psychologie der sprachlichen Unterrichtsfächer. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 90. **(Sitzungsbericht.)**
99. Derselbe, Psychologische Vorfragen des ersten Rechenunterrichts. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. **13.** 36.
100. Dexler, H., Beiträge zur modernen Tierpsychologie. Neurol. Centralbl. No. 11. p. 685.
101. Derselbe, Denkende Tiere. Berl. tierärztl. Wochenschr. No. 23. p. 406.
102. Dodge, Raymond, The Theory and Limitations of Introspection. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 2. p. 214.
103. Doering, M., Zur Psychologie des kleinen Einmaleins. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. **13.** 163.
104. Dorado, P., Psicologia de la sinceridad. Arch. de Psiquiatria. **11.** 48.
105. Döring, M., Können die Elberfelder Pferde denken? Zeitschr. f. pädagog. Psychol. usw. 13. Jahrg. H. 6. S. 337.
106. Draghicesco, D., Le concept de l'idéal. Revue philosophique. No. 11. p. 465.
107. Drozynski, Leon, Atmungs- und Pulssymptome rhythmischer Gefühle. Inaug.-Dissert. Leipzig.
108. Drysdale, H. H., Some Phases of Nervous Jll Health and Their Psychologic Control. Ohio State Med. Journal. Nov. 15.
109. Dubs, Arthur, Das Wesen des Begriffs und des Begreifens. Inaug.-Dissert. Halle.
110. Dück, Johannes, Nachahmungstrieb und Selbständigkeit. Die Umschau. No. 8. p. 154.
111. Derselbe, Beeinflussbarkeit und Erinnerungsfälschung. ibidem. No. 37. 7. Sept. p. 782.
112. Derselbe, Nochmals zur Beeinflussbarkeit der Schüler. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 4. p. 214.
113. Derselbe, Zur Beeinflussbarkeit der Schüler. ibidem. p. 578.
114. Derselbe, Über das zeichnerische und künstlerische Interesse der Schüler. ibidem. **13.** 172.
115. Dugas, L'oubli et la personnalité. Revue philosophique. No. 10. p. 338.
116. Dunlap, Knight, Difference-Sensibility for Rate of Discrete Impressions. The Psychological Review. Vol. XIX. No. 1. p. 32.
117. Derselbe, The Hipp Chronoscope without Armature Springs. Brit. Journ. of Psychology. Vol. V. No. 1. p. 1.
118. Derselbe, Die Wirkung gleichzeitiger Reizung von zentralen und exzentrischen Netzhautstreifen. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. 24. H. 4. p. 343.
119. Dupuis, L., Les conditions biologiques de la timidité. Revue philosophique. No. 8. p. 140.
120. Dürr, E., Über den Einfluss der Voraussetzungen auf die Ergebnisse der exakten psychologischen Forschung. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 81. **(Sitzungsbericht.)**
121. Ebbinghaus, Hermann, Abriss der Psychologie. 4. Auflage. Leipzig. Veit & Co.
122. Eggeling, H. v., Physiognomie und Schädel. Jena. G. Fischer.
123. Ellis, Havelock, Symbolismus in Träumen. Zeitschr. f. Psychotherap. 1911. **3.** 29.
124. Derselbe, Die Lehren der Freud-Schule. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 2. p. 61.
125. Elsenhans, Th., Lehrbuch der Psychologie. Tübingen. J. C. B. Mohr.
126. Epstein, D., Beiträge zum Kapitel „Übertragung" in den Psychoanalysen. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 451.
127. Erdmann, Über Erkennen und Verstehen. Sitzungsber. d. Kgl. Preuss. Akad. d. Wissensch. XLIX. p. 1111 u. LIII. p. 1240.
128. Erismann, Theodor, Untersuchung über Bewegungsempfindungen beim Beugen des rechten Armes im Ellenbogengelenk. Arch. f. die ges. Psychologie Bd. 24. H. 2—3. p. 172.
129. Ettliger, M., Tierpsychologie. Dritter Sammelbericht. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 63. S. 336.
130. Derselbe, Tierpsychologische Anmerkungen zur Lehre von den spezifischen Sinnes energien. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 91. **(Sitzungsbericht.)**
131. Farez, Paul, Musique et nervosité. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11 S. T. I. p. 55. **(Sitzungsbericht.)**
132. Farré, V. M, Medicion practica de la potencia volitiva. Es possible? Semana medica. Sept. 12.
133. Fauser, A., Aus der Psychologie der Sinnestäuschungen. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 49. H. 1. p. 253.
134. Feilgenhauer, Rudolf, Untersuchungen über die Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 25. H. 3—4. p. 350.
135. Ferenczi, S., Zur Begriffbestimmung der Introjektion. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. No. 4. p. 198.
136. Derselbe, Über lenkbare Träume. ibidem. 2. Jahrg. H. 1. p. 31.



137. Derselbe, Über passagere Symptombildungen während der Analyse. (Passagere Konversion, Substitution, Illusion, Halluzination, „Charakter-Regression“ und „Ausdrucksverschiebungen“.) ibidem. H. 10—11. p. 588.
138. Derselbe, Zähmung eines wilden Pferdes. ibidem. III. Jahrg. No. 2. Nov. p. 83.
139. Derselbe, Symbolische Darstellung des Lust- und Realitätsprinzips im Ödipus-Mythos. (Gedeutet durch Schopenhauer.) Imago. H. 3. p. 276.
140. Ferree, C. E., Description of a Rotary Campimeter. The Amer. Journal of Psychology. Vol. 23. No. 3. p. 449.
141. Derselbe and Rand, Gertrude, A Note on the Determination of the Retinas Sensibility to Colored Light in Terms of Radiometric Units. ibidem. Vol. 23. No. 2. p. 328.
142. Dieselben, Über die Bestimmung der Sensibilität der Retina für farbiges Licht in radiometrischen Einheiten. Zeitschr. f. Sinnesphysiol. Bd. 46. H. 4. p. 225.
143. Feuchtwanger, Albert, Versuche über Vorstellungstypen. Inaug.-Dissert. Würzburg.
144. Fischer, Aloys, Über die Faulheit — eine psychologische Analyse. Ztschr. f. pädagog. Psychol. H. 10—11. p. 507. 545.
145. Fischer, Auguste, Neue Versuche über Reproduzieren und Wiedererkennen. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 62. H. 3. p. 161.
146. Forel, Auguste, Methoden und Sinn der vergleichenden Psychologie. III. Jahressitzg. d. internat. Ver. f. med. Psychol. Zürich. 8. Sept.
147. Francia, G., Sul meccanismo dell'autoconsolazione. Riv. di psicol. applic. 1911. **6.** 105.
148. Frank, L., Die Determination physischer und psychischer Symptome im Unterbewusstsein. Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. Ergzh. 1. p. 27 (299). **(Sitzungsbericht.)**
149. Franke, Carl, Über die erste Lautstufe der Kinder. Anthropos. 7. 663.
150. Franken, A., Aussageversuche nach der Methode der Entscheidungs- und Bestimmungsfrage bei Erwachsenen und Kindern. Zeitschr. f. angew. Psychologie. Bd. 6. H. 2—3. p. 174.
151. Frankfurther, Walter, Arbeitsversuche an der Schreibmaschine. Psycholog. Arbeiten. Bd. 6. H. 3. p. 419.
152. Derselbe und Hirschfeld, Arthur, Über den Einfluss der Musik auf das Plethysmogramm. Arch. f. Anat. u. Physiol. Physiol. Abt. H. 3—4. p. 215.
153. Derselbe und Thiele, R., Über den Zusammenhang zwischen Vorstellungstypus und sensorischer Lernweise. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 62. H. 1—2. p. 96.
154. Franz, Shepherd Ivory, Eyperimental Psychopathology. Psychological Bulletin. Vol. IX. No. 4.
155. Derselbe, The Present Status of Psychology in Medical Education and Practice. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 909.
156. Derselbe, New Phrenology. Science. N. S. Vol. XXXV. p. 321.
157. Fraser, D., A Study in Delusion Formation. The Journ. of Abnormal. Psychol. **6.** 401.
158. Freud, Sigm., Zur Dynamik der Übertragung. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 3. Jahrg. H. 4. p. 167.
159. Derselbe, Über einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker. II. Das Tabu und Ambivalenz der Gefühlsregungen. Imago. H. 3—4. p. 213. 301.
160. Derselbe, Zur Psychopathologie des Alltagslebens. (Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum.) Vierte vermehrte Auflage. Berlin. S. Karger.
161. Derselbe, Der Wahn und die Träume in W. Jensens „Gravida“. 2. Auflage. Wien, Fr. Deuticke.
162. Derselbe, Formulierungen über die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens. Jahrb. f. psychoanalyt. Forsch. 3. 1.
163. Friedländer, Kritische Bemerkungen über neuere Arbeiten Freuds und seiner Anhänger. Zeitschr. f. angew. Psychologie. 1911. Bd. V. p. 587.
164. Fürstenheim, Die Seele des Krüppels. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Bd. V. H. 3. p. 221.
165. Fürth, Henriette, Die Psychologie der Frauen. Sexual-Probleme. No. 3. p. 180. (cf. Kapitel: Kriminalanthropologie.)
166. Gadelius, Bror: Tro och öfvertro i gångna tider. Förra delen. Stockholm. Verlag von Hugo Geber. 262 S.
167. Gamble, Eleanor A. Mc G. and Guibord, Alberta S. B., The Selection of Stimulus Words for Experiments in Change Word Reaction. Westborough State Hosp. Papers. Ser. 1. p. 91.
168. Gaudig, H., Die Idee der Persönlichkeit und ihre Bedeutung für die Pädagogik. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 1. p. 19.
169. Gaultier, Paul, Grandeur et misère du timide. Le Temps. 18 août.
170. Gebsattel, E. v., 1. Zur Phänomenologie des Geltungsstrebens. 2. Der Einzelne und sein Zuschauer. (Zur Psychologie des Begehrens.) Ztschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 181. 191. **(Sitzungsbericht.)**
171. Geiger, M., Das Bewusstsein von Gefühlen. ibidem. Bd. IV. p. 190. **(Sitzungsbericht.)**



172. Geissler, L. R., Analysis of Consciousness under Negative Instruction. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXIII. No. 2. p. 183.
173. Gelb, A., Über Zeitvergleichung bei räumlich disparaten Reizen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 86. **(Sitzungsbericht.)**
174. Giachetti, C., Die Phantasie. Psychologische Studie. Ein Band in 304 Seiten. Turin. Verlag von Gebr. Bocca.
175. Giovanoli, C., Das Versehen der Muttertiere. Schweizer Arch. f. Tierheilk. **54.** 429.
176. Giessler, C. M., Mimische Gesichtsmuskelbewegungen vom regulatorischen Standpunkte aus. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 60. H. 1. p. 241.
177. Glässner, Gustav, Über Willenshemmung und Willensbahnung. Leipzig, Quelle und Meyer.
178. Goett, Theodor, Zur Bewertung des Assoziationsversuches im Kindesalter. Monatsschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. XI. H. 2. p. 59.
179. Gosset, L'endurcissement à la douleur par les sports. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11 S. T. I. p. 54. **(Sitzungsbericht.)**
180. Gottschalk, Alfred, Le rêve, d'après les idées du professeur Sigm. Freud. Arch. intern. de Neurol. Vol. I. 10. S. No. 4. p. 205.
181. Gourmont, Jean de, L'art et la morale. Mercure de France. 1. juin.
182. Gowsejew, A., Psychologie des Residualwahns. Psych. d. Gegenw. (russ.) **6.** 638.
183. Grassberger, R., Der Einfluss der Ermüdung auf die Produktion in Kunst und Wissenschaft. Leipzig-Wien. Franz Deuticke.
184. Gregor, Adalbert, Beiträge zur Kenntnis des psychogalvanischen Phänomens. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 3. p. 393.
185. Greyl, Eva, Die Einwirkung von Hässlichkeit und entstellenden Gebrechen auf die menschliche Psyche. Zeitschr. f. Krankenpflege. No. 2—3. p. 35. 87.
186. Dieselbe, Die Aussenwirkung körperlicher Schmerzen. ibidem. Mai. p. 143.
187. Groos, Karl, Untersuchungen über den Aufbau der Systeme. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 62. H. 4. p. 241.
188. Grossmann, M., Physikalisch-psychologische Untersuchung von Kindern und Untersuchung ihres Geisteszustandes. Dtsch. Aerzte-Ztg. No. 4—5. p. 49. 65.
189. Gruhle, Hans W., Ergographische Studien. Psycholog. Arbeiten. Bd. VI. H. 3. p. 339.
190. Grünbaum, A., Beobachtungen über das Besinnen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
191. Gückel, Die klinischen Methoden der Intelligenzprüfung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1788. **(Sitzungsbericht.)**
192. Gurko, G., Beiträge zur experimentell-psychologischen Untersuchung von Kranken mit kapsulärer und cortikaler Hemiplegie. Revue f. Psych. (russ.) **17.** 73.
193. Guttmann, Alfred, Zur Psychophysik des Gesanges. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 63. H. 3. p. 161.
194. Haberman, V., The Power and Therapeutic Importance of Hypnosis. Medical Review of Reviews. April.
195. Hacker, Friedrich, Systematische Traumbeobachtungen mit besonderer Berücksichtigung der Gedanken. Inaug.-Dissert. Bonn.
196. Haecker, Valentin, Über Lernversuche bei Axolotln. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 25. H. 1—2. p. 1.
197. Haenel, Hans, Zur Psychologie der primitiven Kunst. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 21. p. 1188. **(Sitzungsbericht.)**
198. Derselbe, Beiträge zur modernen Tierpsychologie. Eine Entgegnung. Neurolog. Centralblatt. No. 19. p. 1220.
199. Derselbe, Die moderne Tierpsychologie und die Elberfelder Pferde. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 212. **(Sitzungsbericht.)**
200. Hall, G. Stanley, Why Kant is Passing. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXIII. No. 3. p. 370.
201. Hallervorden, Zur Psychologie der Stimme. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1065.
202. Hárnik, J., Die Magd als Symbol der Mutter. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 402.
203. Hart, Bernard, The Psychology of Insanity. Cambridge. University Press.
204. Derselbe and Spearmann, C., General Ability, its Existence and Nature. Brit. Journ. of Psychology. Vol. V. No. 1. p. 51.
205. Hauser, O., Die Psychologie der Brünetten und Blonden. Polit.-anthropol. Revue. X. Jahrg. No. 12. p. 655. XI. Jahrg. No. 1. p. 22.
206. Heilbronner, K., Zur Psychologie der Alexie. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. No. 6. p. 463.
207. Derselbe, Über Gewöhnung auf normalem und pathologischem Gebiet. Wiesbaden. J. F. Bergmann.



208. Hellmuth, H., Analyse eines Traumes eines $5^1/_2$ jährigen Knaben. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 3. p. 122.
209. Dieselbe, Beiträge zum Kapitel „Verschreiben“ und „Verlesen“. ibidem. 2. Jahrg. p. 277.
210. Dieselbe, „Versprechen“ eines kleinen Schuljungen. ibidem. p. 603.
211. Hellwig, Zur Psychologie der richterlichen Urteilsfindung. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 316. **(Sitzungsbericht.)**
212. Hellwig, Karl, Zur Psychologie des Aberglaubens. Inaug.-Dissert. Kiel.
213. Hennig, R., Ueber visuelle Musikempfindung. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 1. p. 22.
214. Henri, V., et Larguier des Bancels, Sur l'interprétation des lois de Weber et de Jost. Recherches sur les réactions des cyclops exposés à la lumière ultra-violette. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 329.
215. Henseling, Adolf, Begriff und Entwicklung der Phantasie. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 5—9. p. 241. 317. 464.
216. Hentig, Hans v., Die psychischen Komponenten der Abschreckung. Schweizer Zeitschr. f. Strafrecht. H. 3—4. p. 355.
217. Hentschel, Max, Die Gedächtnisspanne. Eine Untersuchung über das unmittelbare Behalten von Konsonantenreihen. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. No. 11. p. 562.
218. Heyde, Georg Kurt, Ueber gleichzeitige Durchgangsbeobachtungen bei verteilter Aufmerksamkeit. Inaug.-Dissert. Leipzig.
219. Heymans, G., In Sachen des psychischen Monismus. Erster Artikel. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 63. p. 241.
220. Derselbe, Dasselbe. Zweiter Artikel. ibidem.
221. Derselbe und Wiersma, E., Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung. VII. Artikel. Die selektive Wirkung der Ehe. ibidem. Bd. 62. H. 1—2. p. 1.
222. Hirsch, Hugo, Die Psyche des Patienten. St. Petersburger Mediz. Ztschr. No. 11. p. 161.
223. Hirschfeld, Magnus, Über die Lokalisation der Sexualzentren. Arch. f. die gesamte Psychologie. Bd. XXII. H. 4. p. 486.
224. Hirt, Eduard, Über empirisch begründete Bewertung der normalen und pathologischen Handschrift. Tatsächliches und Prinzipielles. ibidem. Bd. XXIII. H. 3—4. p. 339.
225. Derselbe, Zur Theorie der Trugwahrnehmungen. Zeitschr. f. Pathopsychologie. Bd. I. H. 2—3. p. 422.
226. Hitschmann, Eduard, Zum Werden der Romandichter. Imago. No. 1. p. 49.
227. Derselbe, Zum Farbenhören. ibidem. Bd. I. H. 4. p. 401.
228. Hocart, A. M., The „Psychological Interpretation of Language“. The Brit. Journal of Psychology. Vol. V. No, 3. p. 267.
229. Hoepfner, Th., Stottern als assoziative Aphasie. Einführung in eine psychologische Betrachtungsweise. Zeitschr. f. Pathopsychologie. Bd. I. H. 2—3. p. 448.
230. Derselbe, Vom gegenwärtigen Stande der Stotternforschung. Kritisches Sammel**referat.** Ztschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 1. p. 55.
231. Höfler, Alois, Gestalt und Beziehung — Gestalt und Anschauung. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 60. H. 3. p. 161.
232. Holle, H. G., Hirnmasse und Seelenleben. Polit.-anthropol. Revue. No. 3. p. 159.
233. Hollingworth, H. L., Vicarious Functioning of Irrelevant Imagery. The Journ. of Philosophy, Psychol. and Scientific Methods. 1911. Vol. VIII. No. 25. p. 688.
234. Derselbe, The Influence of Caffein on the Speed and Quality of Performance in Typewriting. The Psycholog. Review. Vol. XIX. No. 1. p. 66.
235. Derselbe, The Influence of Caffein Alkaloid on the Quality and Amount of Sleep. The Amer. Journ. of Psychology. Vol. XXIII. No. 1. p. 89.
236. Derselbe, The Influence of Caffeine on Mental and Motor Efficiency. The Therapeutic Gazette. Jan. p. 1.
237. Hug-Hellmuth, H. v., Über Farbenhören. Ein Versuch das Phänomen auf Grund der psycho-analytischen Methode zu erklären. Imago. Bd. I, H. 3. p. 228.
238. Derselbe, Vom wahren Wesen der Kinderseele. Das Kind und seine Vorstellung vom Tode. ibidem. p. 285. 286.
239. Huther, A., Bemerkungen zu zwei Arbeiten aus der experimentellen Pädagogik. Zeitschrift f. experim. Pathologie. H. 11. p. 579.
240. Ingegnieros, J., Una obra de psicologia infantil. Archivos de Psiquiatria. 11. 1.
241. Derselbe, La psychologie génétique. Histoire naturelle des fonctions psychiques. ibidem. 1911. janv./févr.
242. Iribarne, Les sourds célèbres. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 54. **(Sitzungsbericht.)**



243. Jacobson, Edmund, Further Experiments on the Inhibition of Sensations. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 3. p. 345.
244. Jaensch, E., Über die Empfindung. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 86. **(Sitzungsbericht.)**
245. Jenichen, R., Zur Psychologie des Herdentriebes. Polit.-anthropol. Revue. XI. Jahrg. No. 5. p. 265.
246. Jesinghaus, Carl, Beiträge zur Methodologie der Gedächtnisuntersuchung. Psychologische Studien. Bd. VII. H. 6. p. 377.
247. Derselbe. Die Arbeiten des V. Kongresses für experimentelle Psychologie. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 6. p. 289.
248. Jones, Ernest, A Forgotten Dream. Note on the Oedipus Saving Phantasy. Journ. of Abnormal Psychology. April. VII. No. 1. p. 5.
249. Derselbe, A Review of the Recent Literature in England and Amerika on Clinical Psychology and Psycho-Pathology. Archives of Neurology. 1911. p. 120.
250. Derselbe, Analyse eines Falles von Namenvergessen. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 2. p. 84.
251. Derselbe, Zwei interessante Fälle von Versprechen. ibidem. 2. Jahrg. H. 1. p. 33.
252. Derselbe, Unbewußte Zahlenbehandlung. (Unconscious Manipulations of Numbers.) ibidem. 2. Jahrg. H. 5. p. 241.
253. Derselbe, Die Bedeutung des Salzes in Sitte und Brauch der Völker. Imago. Bd. 1. H. 4. p. 361.
254. Jordan, Hermann, Wie ziehen die Regenwürmer Blätter in ihre Röhren? Ein Beitrag zur Physiologie der nahrungsaufnehmenden Organe und zur Psychologie der Regenwürmer. Zoolog. Jahrbücher. Abt. f. allg. Zoologie. Bd. 33. H. 1. p. 95.
255. Josefovici, Usiel, Die psychische Vererbung. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XXIII. H. 1—2. p. 1.
256. Joteyko, J., et Kipiani, V., Rôle du sens musculaire et de la vision dans l'écriture. Un moyen d'éviter la myopie scolaire. La Revue psychol. 1911. **4.** 357.
257. Dieselben, Rôle du sens musculaire dans le dessin. ibidem. 1911. **4.** 362.
258. Juliusburger, O., Zur Lehre von den Fremdheitsgefühlen. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 3. p. 270.
259. Derselbe, Zur Psychologie des Alkoholismus. Zentralbl. f. Psychoanalyse. III. Jahrg. H. 1. p. 1.
260. Derselbe, Vom Philosophen Philipp Mainländer. ibidem. 2. Jahrg. p. 135.
261. Derselbe, Beiträge zur Psychologie der sogenannten Dipsomanie. ibidem. Heft 10—11. p. 551.
262. Jung, C. G., and Morton Prince, The Mechanism and Interpretation of Dreams. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forschungen. **3.** 309.
263. Kafka, G., Über Tierpsychologie. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 189. **(Sitzungsbericht.)**
264. Kaindl, Die physiologischen Grenzen der Gesichts-Halluzination (von H. Dennis Taylor). Psychische Studien. p. 74. 287.
265. Kananow, Paul, Über das Gefühl der Tätigkeit. Inaug.-Dissert. München.
266. Kaplan, Leo, Zur Psychologie des Tragischen. Imago. p. 132.
267. Karejew, N., Über die Bedeutung der Psychologie für die Sozialwissenschaften. Bote f. Psychol. (russ.) **9.** 78.
268. Karpińska, L., Zur Frage der Assoziationsketten bei Anwendung des Galvanometers. Verhandlungen des II. Kongresses polnischer Neurologen, Psychologen und Psychiater in Krakau. 20.—24. December.
269. Katz, D., Experimentelle Psychologie und Gemäldekunst. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 90. **(Sitzungsbericht.)**
270. Kauffmann, Max, Die Psychologie des Verbrechers. Berlin. J. Springer.
271. Kekule von Stradonitz, Stephan, Einführung in die Genealogie. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VII. p. 155. **(Sitzungsbericht.)**
272. Keller, Alfred, Das Wesen des Seins und Nichtseins. Eine naturwissenschaftliche Studie. Gross-Lichterfelde. J. Unverdorben & Co.
273. Kemmerich, M., Zeitliches Fernsehen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 186. **(Sitzungsbericht.)**
274. Kern, Berthold, Über den Ursprung der geistigen Fähigkeiten des Menschen. Berlin, A. Hirschwald.
275. Kerschensteiner, G., Der Charakterbegriff. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. H. 1. p. 7.
276. Kiesow, F,. 1. Demonstration einiger optischer Täuschungen. 2. Demonstration verschiedener Tatsachen auf dem Gebiete der Hautempfindungen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 95. **(Sitzungsbericht.)**



277. Derselbe, Neue Aesthesiometer für Reaktionszwecke nebst der entsprechenden Versuchsanordnung. Zeitschr. f. biolog. Technik. Bd. 2. H. 6. p. 243.
278. Klages, L., Zur Psychologie des Verbrechers. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 177. **(Sitzungsbericht.)**
279. Derselbe, Das Ausdrucksgesetz und seine psycho-diagnostische Wertung. III. Jahressitzung d. internat. Ver. f. med. Psychol. Zürich. 9. Sept.
280. Derselbe, Begriff und Tatbestand der Handschrift. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 63. H. 3. p. 177.
281. Kläsi, Jakob, Über das psychogalvanische Phänomen. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. H. 4/5. p. 141.
282. Koch, Bernhard, Experimentelle Untersuchungen über die Mannigfaltigkeit der elementaren Gefühlsqualitäten. Inaug.-Dissert. Halle.
283. Koffka, Kurt, Ueber Vorstellungen. Inaug.-Dissert. Giessen.
284. Derselbe, Ein neuer Versuch eines objektiven Systems der Psychologie. Betrachtungen zu L. Edingers Theorie der nervösen Zentralorgane. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 61. H. 3—4. p. 266.
285. Kohl, August, Pubertät und Sexualität. Untersuchungen zur Psychologie des Entwicklungsalters. Inaug.-Dissert. Giessen.
286. Köhler, Paul, Akustische Untersuchungen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1022.
287. Derselbe, Die Elberfelder Krallschen Pferde. ibidem. p. 1022.
288. Derselbe, Beiträge zur systematischen Traumbeobachtung. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. XXIII. H. 3—4. p. 415.
289. Köhler, W., and Warren, H. C., Bibliographie der deutschen und ausländischen Literatur des Jahres 1911 über Psychologie, ihre Hilfswissenschaften und Grenzgebiete. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 62. H. 5—6. p. 321.
290. Kohnstamm, O., Der psychologische Standpunkt in der Erkenntnistheorie. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. Ergzh. 1. p. 84 (356). **(Sitzungsbericht.)**
291. Kollarits, J., Nervosität und Charakter. Berlin. J. Springer.
292. Konrich, Zur Frage der Ermüdungsmessung und der Wirksamkeit des Weichhardtschen Kenotoxins. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. **25.** 148.
293. Köppen, M., Zur psychischen Analyse der Halluzinationen. Charité-Annalen. Bd. 36. p. 149—168.
294. Korf, Georg, Intelligenz im Tierreich. Ein Beitrag zu den Leistungen der Elberfelder „denkenden Pferde". Psychische Studien. H. 8. p. 460.
295. Kostyleff, N., La psycho-analyse appliquée à l'étude objective de l'imagination. Revue philosophique. No. 4. p. 367.
296. Derselbe, Enquête sur le mécanisme de l'inspiration poétique. La Grande Revue. 25. Sept. 10. Oct.
297. Kovács, Sándor, Introjektion, Projektion und Einführung. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 5—6. p. 253. 316.
298. Kraemer, Nikolaus, Experimentelle Untersuchungen zur Erkenntnis des Lernprozesses. Inaug.-Dissert. Halle.
299. Krainsky, N., Energetische Theorie des Traumes. Neurol. Bote. (russ.) **19.** 65 (375).
300. Kretschmar, J., Die freie Kinderzeichnung in der wissenschaftlichen Forschung. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. **13.** 380.
301. Kronfeld, Arthur, Experimentelles zum Mechanismus der Auffassung. Zeitschr. f. die ges. Psychologie. Bd. XXII. No. 4. p. 453.
302. Külpe, Oswald, Über die Bedeutung der modernen Denkpsychologie. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1022.
303. Derselbe, Psychologie und Medizin. Zeitschr. f. Pathopsychologie. Bd. I. H. 2—3. p. 187.
304. Kunjaew, A., Prüfung der Riechfunktion nach der Methode der assoziativ-motorischen Reflexe. Revue f. Psychiatrie. (russ.) **17.** 215.
305. Larguier des Bancels, Le goût et l'odorat. Paris. Hermann.
306. Derselbe et Simon, Th., L'année psychologique. par Alfred Binet. Paris. Masson et Cie.
307. Lasersohn, Woldemar, Untersuchungen über die Wahrnehmung der Bewegung durch das Auge. (Schuman, F.) I. Kritik der hauptsächlichsten Theorien über den unmittelbaren Bewegungseindruck. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 61. H. 2. p. 81.
308. Lasour, M., Premiers principes d'une théorie générale des émotions. Paris. F. Alcan.
309. Lasurski, Über das Studium der Individualität. Pädagog. Monograph. Leipzig. O. Nemnich.
310. Latta, R., The Relation of Mind and Body. I. The Brit. Journal of Psychology. Vol. V. Part. 3. p. 280.
311. Lattes, E., Der Mysticismus in den individuellen Tendenzen und in den socialen Äusserungen. Turin. S. Lattes.



312. **Lazursky** und **Rumjanzew**, Über individuelle Besonderheiten der Perzeption. Bote für Psychologie. (russ.) **9.** 50.
313. **Lehmann**, Über den Stoffwechsel bei geistiger Arbeit. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1022.
314. **Lehmann**, Karl Bernhard, Zur Psychologie und Hygiene der Genussmittel. Festrede. Würzburg.
315. **Lemos**, Magalhaes, Relations de la psychologie et de la neurologie. Porto. Impr. du Manicome de Conde de Ferreira.
316. **Leonhardt**, Die unterrichteten Pferde. Berl. tierärztl. Wochenschr. No. 31. p. 562.
317. **Léri**, A., et **Vurpas**, Cl., Observations psycho-physiologiques sur les anencéphales. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. Ergzh. 1. p. 111 (383). **(Sitzungsbericht.)**
318. **Leupoldt**, v., Das Diktat als psychopathologische Untersuchungsmethode. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. **7.** 343.
319. **Levenstein**, A., Die Arbeiterfrage. Mit besonderer Berücksichtigung der sozialpsychologischen Seite des modernen Grossbetriebs und der psychophysischen Einwirkungen auf die Arbeiter. München.
320. **Lewis**, E. O., The Illusion of Filled and Unfilled Space. Brit. Journal of Psychology. Vol. V. No. 1. p. 36.
321. **Ley**, R., Contribution à la psychologie du dessin. Journal de Neurol. No. 14. p. 270. **(Sitzungsbericht.)**
322. Derselbe, La psychologie clinique expérimentale. Revue neurol. No. 11. p. 777. **(Sitzungsbericht.)**
323. **Liebermann**, Paul v., und **Révész**, Géza, Experimentelle Beiträge zur Orthosymphonie und zum Falschhören. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 63. H. 4—5. p. 286.
324. Dieselben, Über eine besondere Form des Falschhörens in tiefen Lagen. ibidem. p. 325.
325. **Linke**, P., Apparat zur Demonstration der physiologischen Grundlagen der kinematographischen Erscheinungen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 95 **(Sitzungsbericht.)**
326. **Lipp**, Otto, Ueber die Unterschiedsempfindlichkeit im Sehfelde unter dem Einfluss der Aufmerksamkeit. Inaug.-Dissert. Kiel.
327. **Lobedank**, Emil, Das Problem der Seele und die Willensfreiheit in Theorie und Praxis. Berlin. Guttentag.
328. **Lobsien**, Marx, Über den Einfluss des Antikenotoxins auf die Hauptkomponenten der Arbeitskurve. Zeitschr. f. Kinderforsch. **17.** 145.
329. **Lockwood**, T. F., Physical Movements of Man His Mental Index. Journ. of Missouri State Med. Assoc. June.
330. **Loeb**, Sally, Ein Beitrag zur Lehre vom Farbengedächtnis. Inaug.-Dissert. Berlin.
331. **Lorentz**, Friedrich, Die Erforschung der Schülerermüdung nach der Weichardtschen Methode. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. H. 9. p. 472.
332. Derselbe, Zur Frage der Schülerermüdung. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 11. p. 749.
333. **Lorenz**, Johannes, Unterschiedsschwellen im Sehfelde bei wechselnder Aufmerksamkeitsverteilung. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. H. 4. p. 313.
334. **Lotz**, Kati, Suggestion als Ueberzeugungsübertragung und ihre Anwendung in der Erziehung. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 3. p. 160.
335. **Lucy**, M. Day, The Effect of Illumination on Peripheral Vision. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 4. p. 533.
336. **Luquet**, G., Le premier age du dessin enfantin. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 14.
337. **Maday**, St. v., Psychologie der Berufswahl. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 90. **(Sitzungsbericht.)**
338. Derselbe, Psychologie des Pferdes und der Dressur. Berlin. Paul Parey.
339. **Maday-Hentzelt**, M. de, Réflexions sur l'amour maternel. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 343.
340. **Maeder**, Alphonse, Psychoanalytische Eindrücke von einer Reise in England. Imago. p. 188.
341. Der Berg als Symbol. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 1. p. 35.
342. Derselbe, Das Kind, wie die Gebrüder Marguerite es schildern. ibidem. 2. Jahrg. p. 329.
343. Derselbe, „Ueber das Teleologische im Unbewussten." III. Jahressitzg. d. internat. Ver. f. med. Psychol. Zürich. 8. Sept.
344. Derselbe, Über die Funktion des Traumes. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. **4.** 692.
345. **Maier**, H. W., Aenderung des psychogalvanischen Reflexphänomens unter Alkoholwirkung. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 90. **(Sitzungsbericht.)**
346. Derselbe, „Der Mechanismus der Wahnideen." III. Jahressitzg. d. internat. Ver. f. med. Psychol. Zürich. 8. Sept.
347. **Maloney**, William J. M. A., Modern Means of Investigating Mental Processes. Medical Record. Vol. 82. No. 9. p. 380.



348. Marbe, K., Vielfältiger Nutzen psychologischer Einsichten. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 78. **(Sitzungsbericht.)**
349. Derselbe, Die Bedeutung der Psychologie für die übrigen Wissenschaften und für die Praxis. Fortschritte d. Psychologie. 1. 5.
350. Derselbe, Messung von Reaktionszeiten mit der Russmethode. ibidem. 1. 132.
351. Marcinowski, J., Gezeichnete Träume. Zentralbl. f. Psychoanalyse. H. 9. p. 490.
352. Derselbe, Drei Romane in Zahlen. Ein Beitrag zur symbolischen Verwendung von Zahlen im Leben und im Traum. ibidem. H. 12. p. 619.
353. Marck, Siegfried, Erkenntniskritik, Psychologie und Metaphysik nach ihrem inneren Verhältnis in der Ausbildung der platonischen Ideenlehre. Inaug.-Dissert. Breslau.
354. Marcus, Ernst, Bemerkungen zu einer „Selbststudie über Retour à l'enfance". Zentralbl. f. Psychoanalyse. Bd. 3. H. 3. p. 148.
355. Margis, P., Das Problem und die Methoden der Psychographie. Zeitschr. f. angew. Psychol. 1911. 5. 409.
356. Derselbe, Das Problem und die Methoden der Psychographie mit einer Individualanalyse an E. T. A. Hoffmann. Inaug.-Dissert. Breslau.
357. Marie, A., Traité international de Psychologie pathologique. Tome III. Psychopathologie appliquée. Paris. F. Alcan.
358. Markus, Die Assoziationen bei Dementia praecox-Kranken. Greifswald. Inaug-Dissert.
359. Marmier, Les perversions instinctives. Origine et debuts de cette notion. Thèse de Paris.
360. Marshall, Henry Rutgers, The Relation of Instinct and Intelligence. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. V. Part. 3. p. 247.
361. Martin, Lillien J., Die Projektionsmethode und die Lokalisation visueller und anderer Vorstellungsbilder. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 61. H. 5—6. p. 321.
362. Martius, G., Über synthetische und analytische Psychologie. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 81. **(Sitzungsbericht.)**
363. Mayer, Willy, Über Störungen des „Wiedererkennens". Eine kritische Untersuchung im Anschluss an: Matière et mémoire von Henri Bergson. Zeitschr. f. Pathopsychol. 1. 603.
364. Mehl, Beitrag zur Psychologie der Kinderaussagen. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 3—4. p. 193.
365. Mense, Rudolf, Moral und menschliche Grösse. Inaug.-Dissert. Jena.
366. Menzerath, P., Die sogenannten Komplexmerkmale beim Assoziationsexperiment. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 86. **(Sitzungsbericht.)**
367. Derselbe, Contribution à la psychoanalyse. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 372.
368. Mercier, Ch. A., Conduct and its Disorders Biologically Considered. London. 1911. Macmillan & Co.
369. Messer, August, Über den Begriff des „Aktes". Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. 24. H. 4. p. 245.
370. Messmer, Oskar, Die neueren experimentellen Untersuchungen des Willensaktes und ihre Bedeutung für die Pädagogik. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. No. 2. p. 85.
371. Meumann, Ernst, Über eine neue Methode der Intelligenzprüfung und über den Wert der Kombinationsmethoden. ibidem. H. 3. p. 145.
372. Derselbe, Die Untersuchung der sittlichen Entwicklung des Kindes und ihre pädagogische Bedeutung. ibidem. H. 4. p. 193.
373. Derselbe, Beobachtungen über differenzierte Einstellungen bei Gedächtnisversuchen. ibidem. No. 9. p. 456.
374. Meyer, Psychologie und militärische Ausbildung. ibidem. H. 2. p. 81.
375. Meyer, Adolf, The Value of Psychology in Psychiatry. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 13. p. 911.
376. Meyer, Ernst, Ueber die Gesetze der simultanen Assoziation. Inaug.-Dissert. Königsberg.
377. Meyers, Ch., An Introduction to Experimental Psychology. Cambridge. The University Press.
378. Michotte, A., Descriptions et fonctionnement d'un nouveau tachistoscope à comparaison. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 1.
379. Middendorff, Julius, Die Bedeutung des Leidens bei Friedrich Nietzsche. Inaug.-Dissert. Bonn.
380. Mignard, M., Recherches sur l'erreur. Essai de contribution expérimentale à la théorie de la connaissance. Journal de Psychol. norm. et pathol. No. 1. p. 21—37.
381. Mikulski, Antoni, Auffassungs- und Merkversuche an Gesunden und Kranken mit besonderer Berücksichtigung des Gefühls der Sicherheit. Psychol. Arbeiten. Bd. 6. H. 3. p. 451.
382. Minnemann, C., Grunderscheinungen des Sehens. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**



383. Misliwetschek, S., Versuch einer experimentell-psychologischen Untersuchung des Einflusses von Brom auf die Konzentrierungsfähigkeit und geistige Tätigkeit. Revue f. Psychiatr. **17.** 193. (Russ.)
384. Mittenzwey, Kuno, Versuch zu einer Darstellung und Kritik der Freundschen Neurosenlehre. Zeitschr. f. Pathopsychologie. Bd. I. H. 1—3. p. 369. 640.
385. Moll, Zur Psychologie der Agitation. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 314. **(Sitzungsbericht.)**
386. Morgenthaler, W., Ueber das Gedächtnis. Medizin. Klinik. No. 38—39. p. 1533. 1575.
387. Moskiewicz, Georg, Zur Psychologie des Denkens. Inaug.-Dissert. Halle.
388. Mourly Vold, J., und Klemm, O., Über den Traum. II. Band. Leipzig. Joh. Ambr. Barth.
389. Muench, W., Zur Psychologie der nichtversetzten Schüler. Zeitschr. f. pädagog. Psychol. **13.** 30.
390. Müller, Friedrich, Aesthetisches und ausserästhetisches Urteilen des Kindes bei der Betrachtung von Bildwerken. Inaug.-Dissert. Halle.
391. Müller, G. E., Über Wiedererkennen und rückwirkende Hemmung, nach Versuchen von Fräulein Heine. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
392. Derselbe, Über die Lokalisation der visuellen Vorstellungsbilder. ibidem. Bd. 24. p. 73. **(Sitzungsbericht.)**
393. Müller-Freienfels, Richard, Vorstellen und Denken. (Zur Kritik der Begriffe von Reproduktion und Assoziation.) Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 60. H. 5—6. p. 379.
394. Derselbe, Beiträge zum Problem des wortlosen Denkens. Arch. f. die ges. Physiologie. Bd. XXIII. H. 3—4. p. 310.
395. Munsell, A. H., A Pigment Color System and Notation. The Amer. Journal of Psychology. Vol. 23. No. 2. p. 236.
396. Münsterberg, Hugo, Über Psychologie und Pathologie. Zeitschr. f. Pathopsychol. 1911. Bd. I. H. 1.
397. Myers, Ch. S., Individuelle Unterschiede in der Auffassung von Tönen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
398. Nagel, Franz, Experimentelle Untersuchungen über Grundfragen der Assoziationslehre. ibidem. Bd. XXIII. H. 1. p. 156.
399. Natorp, Paul, Allgemeine Psychologie nach kritischer Methode. Erstes Buch: Objekt und Methode der Psychologie. Tübingen. Mohr.
400. Neubert, Fritz, Die volkstümlichen Anschauungen über Physiognomik in Frankreich bis zum Ausgang des Mittelalters. Inaug.-Dissert. München.
401. Norman, Hubert J., Emanuel Swedenborg: Psychologist. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 448.
402. Nunberg, St., Die „unerfüllten Wünsche“ nach der Freudschen Lehre. Neurol. Centralbl. 1913. p. 477. **(Sitzungsbericht.)**
403. Offner, M., Das Wiedererkennen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 180. **(Sitzungsbericht.)**
404. Oort, A. H., Een experimenteel onderzoek naar het geheugen. Psychiatr. en neurol. Bladen. No. 3. p. 469.
405. Orszulok, Paul, Untersuchungen über die Muskelarbeit des Menschen. II. Teil. Untersuchungen beim Gesunden. Psycholog. Arbeiten. Bd. 6. H. 3. p. 494.
406. Ossipow, N., Über Freudschen „Pansexualismus“. Korsakoffsches Journal. f. Neuropath. (Russ.) **11.** 749. 1911.
407. Ostwald, Wilh., Die Entwicklung des Genies. Neurol. Centralbl. p. 656. **(Sitzungsbericht.)**
408. Pagano, C., Il meccanismo fisiologico delle emozioni. Riv. di Patol. nerv. e ment. **17.** 688.
409. Pastore, A., Nuove ricerche sulla percezione monoculare della distanza. Riv. di psicol. applic. 1911. **7.** 5.
410. Paulhan, F., La substitution psychique. II. Substitution et transformation. Revue philosophique. No. 3. p. 269.
411. Pauli, Richard, Ueber die Beurteilung der Zeitordnung von optischen Reizen im Anschluss an eine von E. Mach beobachtete Farbenerscheinung. Inaug.-Dissert. Bonn.
412. Pawlow, J. P., Les sciences naturelles et le cerveau. Journal de Psychol. norm. et path. No. 1. p. 1—13.
413. Peine, Siegfried, Ein Beitrag zur Psychologie der Zahleneinflüsse. Zentralbl. f. Psychoanalyse. III. Jahrg. H. 1. p. 37.
414. Penjon, A., L'autorité. Revue philosophique. No. 11. p. 449.
415. Pérès, J., Vers une nouvelle conception du temps? ibidem. No. 12. p. 602.
416. Peters, W., Vererbung intellektueller Fähigkeiten. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1022.
417. Derselbe, Gefühl und Erinnerung. Psycholog. Arbeiten. 1911. **6.** 197.



418. Derselbe, Über die Vererbung intellektueller Fähigkeiten. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 89. **(Sitzungsbericht.)**
419. Petersen, Margarete, Eine Bestätigung der „symbolischen Gleichungen". Zentralbl. f. Psychoanalyse. p. 606.
420. Peterson, Frederick, Sensory Reactions in the New-Born. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 125. **(Sitzungsbericht.)**
421. Pfersdorff, Die Gruppierung der sprachlichen Assoziationen. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. XXXI. H. 3—5. p. 233. 350. 488.
422. Pfister, Oskar, Anwendungen der Psychoanalyse in der Pädagogik und Seelsorge. Imago. No. 1. p. 56.
423. Derselbe, Die Ursache der Farbenbegleitung bei akustischen Wahrnehmungen und das Wesen anderer Synästhesien. ibidem. H. 3. p. 265.
424. Derselbe, Die psychologische Enträtselung der religiösen Glossolallie und der automatischen Kryptographie. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forschungen. 3. 427.
425. Pfordten, Otto von der, Empfindung und Gefühl. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 62. H. 1—2. p. 60.
426. Derselbe, Psychologie des Geistes. Heidelberg.
427. Derselbe und Messer, August, Über den Begriff des „Aktes". — Entgegnung auf das Vorstehende von August Messer. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 25. H. 1/2. p. 173. 175.
428. Pfungst, 1. Die „sprechenden Hunde". 2. Psychologie der Affen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1023.
429. Pick, A., Zur Lehre von den Störungen des Realitätsurteils bezüglich der Aussenwelt; zugleich ein Beitrag zur Lehre vom Selbstbewusstsein. Zeitschr. f. Pathopsychol. 1911. Bd. I. H. 1.
430. Piéron, M., A propos des phénomènes psychoélectriques. Arch. d. Psychologie. T. XII. p. 68.
431. Pittard, Eug., Un cas de magie sympathique. ibidem. T. XII. p. 390.
432. Plaxin, W., Zur Frage des Einflusses der geistigen Ermüdung auf die Psyche der Schüler. Neurol. Bote. (Russ.) 19. 467.
433. Pollitz, Zur Psychologie des Strafvollzuges. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 918. **(Sitzungsbericht.)**
434. Ponzo, M., Über eine Vorrichtung, um Lichtreize für gewisse Reaktionsversuche als Signale zu verwenden. Zeitschr. f. biolog. Technik. 1911. Bd. II. No. 4. p. 188.
435. Derselbe, Über einen Apparat zur Bestimmung der beim Lokalisieren von Hautempfindungen begangenen Fehler und deren Richtungen (Dermolokalimeter). Arch. f. die ges. Psychologie. 1911. Bd. XXII. H. 1. p. 105.
436. Derselbe, Über einen neuen Zirkel für die Bestimmung der simultanen Raumschwellen der Körperhaut. ibidem. H. 2/3. p. 390.
437. Derselbe, Quelques observations psychologiques faites durant des représentations cinématographiques. Arch. ital. de Biologie. T. LVI. fasc. 1. p. 81.
438. Derselbe, Observation sur la direction des erreurs de localisation dans les espaces intercostaux. ibidem. T. LVI. No. 3. p. 193.
439. Popowitsch, Athanasius, Die Ergebnisse der experimentellen Psychologie und Pädagogik dargestellt und beurteilt. Inaug.-Dissert. Jena.
440. Popp, Walther, Studien zur Psychologie des Denkens. I. Kritische Bemerkungen zur Assoziationstheorie. T. I. Kritische Entwicklung des Assoziationsproblems. Mit einer Einleitung: Die Psychologie des Denkens. Universitätsschrift. Breslau.
441. Poppelreuter, Walther, Nachweis der Unzweckmässigkeit, die gebräuchlichen Assoziationsexperimente mit sinnlosen Silben nach dem Erlernungs- und Trefferverfahren zur exakten Gewinnung elementarer Reproduktionsgesetze zu verwenden. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 61. H. 1. p. 1.
442. Derselbe, Über die Ordnung des Vorstellungsablaufes. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. 25. H. 3—4. p. 208.
443. Prescott, F. C., Poetry and Dreams. Journ. of Abnormal Psychology. VII. No. 1.
444. Prince, M., Meaning of Ideas as Determined by Unconscious Settings. ibidem. Oct.
445. Putnam, James, Ein charakteristischer Kindertraum. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 328.
446. Derselbe, Aus der Analyse zweier Treppenträume. ibidem. 2. Jahrg. H. 5. p. 264.
447. Derselbe, Die Bedeutung philosophischer Anschauungen und Ausbildung für die weitere Entwicklung der psychoanalytischen Bewegung. Imago. p. 101.
448. Derselbe, Freuds Psycho-Analytic Method and its Evolution. Boston Med. and Surg. Journ. Jan.
449. Derselbe, Comments on Sex Issues from the Freudian Standpoint. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 24—25. p. 1240. 1306.



450. Raalte, Fr. van, Teekeningen van kinderen in verband met psychopathologie. Psychiatr. en neurol. Bladen. No. 5—6. p. 623.
451. Derselbe, Zur Frage des psychischen Determinismus. Zentralbl. f. Psychoanalyse. Bd. 3. H. 3. p. 145.
452. Radecki, W., Recherches expérimentales sur les phénomènes psycho-électriques. Arch. de Psychol. 1911. T. XI. No. 43. p. 209—295.
453. Derselbe, Die biologischen Elemente in den Freudschen Anschauungen. Neurol. Centralbl. 1913. p. 476. **(Sitzungsbericht.)**
454. Derselbe, Demin-Borkowski, Karpińska, Wizel und Zylberlast, Frl., Die psychoelektrischen Phänomene. ibidem. 1913. p. 477. **(Sitzungsbericht.)**
455. Radziwillowicz, R., Die physiologische Grundlage der Aufmerksamkeit. Neurologja Polska. Bd. III. H. 1.
456. Rank, Otto, Fehlleistungen aus dem Alltagsleben. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 265.
457. Derselbe, Der Sinn der Griseldafabel. Imago. No. 1. p. 34.
458. Derselbe, Das Inzestmotiv in Dichtung und Sage. Grundzüge einer Psychologie des dichterischen Schaffens. Leipzig-Wien. Fr. Deuticke.
459. Derselbe und Sachs, Hanns, Entwicklung und Ansprüche der Psychoanalyse. Imago. H. 1. p. 1.
460. Ranschburg, Paul, Die Gedächtnisschwäche (Mnemasthenie) und ihre Behandlung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 51—52. p. 2393. 2441.
461. Derselbe, Neue Untersuchungen über die Hemmung gleichzeitiger Reizwirkungen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1022.
462. Regnault, Félix, Représentation iconographique des monstres. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 55. **(Sitzungsbericht.)**
463. Rehwoldt, Friedrich, Ueber respiratorische Affektsymptome. Inaug.-Dissert. Leipzig.
464. Reichwein, Georg, Die neueren Untersuchungen über Psychologie des Denkens nach Aufgabestellung, Methode und Resultaten übersichtlich dargestellt und kritisch beurteilt. Inaug.-Dissert. Halle.
465. Reik, Theodor, Wie die Kinder fabulieren. Imago. Bd. I. H. 3. p. 298.
466. Derselbe, Beruf und Traumsymbolik. Zentralbl. f. Psychoanalyse. H. 9. p. 529.
467. Reimer, Wilhelm, Der Intensitätsbegriff in der Psychologie. Historisches und Kritisches. Inaug.-Dissert. Berlin.
468. Ribot, Th., Le rôle latent des images motrices. Revue philosophique. No. 3. p. 248.
469. Derselbe, Les mouvements et l'activité incosciente. ibidem. No. 7. p. 65.
470. Rieffert, Über Subjektivierung von Sinneseindrücken. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 86. **(Sitzungsberichte.)**
471. Rittershaus, Zur Psychologie der weiblichen Ausnahmezustände. Neurol. Centralbl. p. 921. **(Sitzungsbericht.)**
472. Robitsek, Alfred, Symbolisches Denken in der chemischen Forschung. Imago. No. 1. p. 83.
473. Derselbe, Zur Frage der Symbolik in den Träumen Gesunder. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 340.
474. Roblee, Louise, and Washburn, M. F., The Affective Values of Articulate Sounds. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 4. p. 579.
475. Roethlein Barbara Elizabeth, The Relative Legibility of Different Faces of Printing Types. ibidem. Vol. XXIII. No. 1. p. 1.
476. Rogers, E. J. A., Necessity of Knowledge of Psychology in Practice of Medicine. Colorado Medicine. Aug.
477. Rorschach, H., Ein Beispiel von misslungener Sublimierung und ein Fall von Namenvergessen. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 403.
478. Derselbe, Zum Thema: Uhr und Zeit im Leben der Neurotiker. ibidem. p. 606.
479. Rosenberg, Die Erinnerungstäuschungen der reduplizierenden Paramnesie und des „déjà-vu", ihre klinische Differenzierung und ihre psychologischen Beziehungen zu einander. Zeitschr. f. Pathopsychol. **1.** 561.
480. Rosenberg, Maximilian, Zur Pathologie der Orientierung nach rechts und links. Zeitschrift f. Psychologie. Bd. 61. H. 1. p. 25.
481. Rosenstein, Gaston, „Prinzipien der Charakterologie". Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 6. p. 332.
482. Derselbe, Eine Kritik. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forsch. **7.** 741.
483. Rosenthal, Max, Die Liebe, ihr Wesen und ihr Wert. Breslau. Preuss & Jünger.
484. Rothmann, Max, Über die Errichtung einer Station zur psychologischen und hirnphysiologischen Erforschung der Menschenaffen. Berl. klin. Wochenschr. No. 42. p. 1981.
485. Rowan, T., Maternal Impression. Australian Med. Journ. March 9.
486. Ruckmich, C. A., The History and Status of Psychology in America. The American Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 4. p. 517.



487. Rupp, H., 1. Systematische Übersicht der Eigenschaften des Gedächtnisses. 2. Lage und Form der Kernfläche. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
488. Sachs, Hanns, Über Naturgefühl. Imago. p. 119.
489. Sadger, J., Von der Pathographie zur Psychographie. ibidem. p. 158.
490. Saint-Paul, G., L'art de parler en public: L'Alphabet et le langage mental. Préface de Maurice Ajam. Paris. O. Doin.
491. Salow, Paul, Entwicklung der Auffassung und Behandlungsweise der Reaktionsversuche. Inaug.-Dissert. Leipzig.
492. Sanctis, S. de, Su di un nuovo procedimento per lo studio del lavoro mentale. Riv. di psicol. applic. 1911. 7. 3.
493. Sanford, Edmund C., The Function of the Several Senses in the Mental Life. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 1. p. 59.
494. Sarasin, Paul, Ein Besuch bei Herrn Karl Krall und seinen denkenden Pferden. Zoolog. Anzeiger. Bd. XL. No. 8/9. p. 238.
495. Sartorius, H., Der Gefühlscharakter einiger Akkordfolgen und sein respiratorischer Ausdruck. Psychologische Studien. Bd. VIII. H. 1. p. 1.
496. Schackwitz, Apparat zur Aufzeichnung der Augenbewegungen. Separatabdruck.
497. Schanoff, Botja, Die Vorgänge des Rechnens. Ein experimenteller Beitrag zur Psychologie des Rechnens. Inaug.-Dissert. Bonn.
498. Scheier, M., Zur Psychologie des Ressentiments. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 184. **(Sitzungsbericht.)**
499. Scheier, Max, Über Ressentiment und moralisches Werturteil. Ein Beitrag zur Pathopsychologie der Kultur. Ztschr. f. Pathopsychologie. Bd I. H. 2—3. p. 268.
500. Derselbe, Über Selbsttäuschungen. ibidem. 1911. Bd. I. H. 1.
501. Schenk, Paul, Psychologie und Alkoholproblem. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 3. p. 129.
502. Schertel, Ernst, Schellings Metaphysik der Persönlichkeit. Inaug.-Dissert. Jena.
503. Schilder, Paul, Über autokinetische Empfindungen. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 25. H. 1/2. p. 36.
504. Schlunke, Otto, Die Lehre vom Bewusstsein bei Heinrich Rickert. Inaug.-Dissert. Greifswald.
505. Schneickert, Hans, Zur Psychologie der Erpresserbriefe. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 1. p. 35.
506. Schneidemühl, Georg, Handschrift und Charakter. Ein Lehrbuch der Handschriftenbeurteilung. Auf Grund wissenschaftlicher und praktischer Studien. Leipzig. 1911. Th. Grieben.
507. Derselbe, Handschrift und Charakter. Die Umschau. No. 5. p. 87.
508. Derselbe, Die Psychologie der Handschrift. Neurol. Centralbl. No. 4. p. 224.
509. Schneider, C., Tierpsychologisches Praktikum in Dialogform. Leipzig. Veit & Co.
510. Schneider, Kurt, Über einige klinisch-psychologische Untersuchungsmethoden und ihre Ergebnisse. Zugleich ein Beitrag zur Psychopathologie der Korsakowschen Psychose. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Orignale. Bd. VIII. H. 5. p. 553.
511. Schnyder, L., Le cas de Renata. Contribution à l'étude de l'hystérie. Arch. de Psychologie. T. XII. p. 201.
512. Schoumkoff, G. E., Psycho-pathologie de l'attente anxieuse avant le combat. Assemblée scientif. des méd. de Notre-Dame-des-affligés pour les aliénes de St. Pétersbourg. 29. Févr.
513. Schrecker, Paul, Henri Bergsons Philosophie der Persönlichkeit. München. Ernst Reinhardt.
514. Schrenck-Notzing, von, Die Phänomene des Mediums Linda Gazerra. Psychische Studien. **39.** 132.
515. Schreuder, A. J., Über den Entwicklungsgang der kindlichen Produktivität. Eos. **8.** 161.
516. Schröbler, E., Bericht über die Ausstellung des Instituts für angewandte Psychologie und psychologische Sammelforschung auf dem V. Kongress für experimentelle Psychologie in Berlin. Archiv f. die ges. Psychol. Bd. 24. H. 1. p. 98.
517. Schrötter, Karl, Experimentelle Träume. Zentralbl. f. Psychoanalyse. No. 12. p. 638.
518. Schumann, F., Über einige Hauptprobleme der Lehre von den Gesichtswahrnehmungen. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 86. **(Sitzungsbericht.)**
519. Schwiete, Franz, Ueber die psychische Repräsentation der Begriffe. Inaug.-Dissert. Halle.
520. Seif, L., Zur Psychopathologie der Angst. III. Intern. Vers. f. med. Psychol. Zürich. 9. Sept.
521. Selz, O., Experimentelle Untersuchungen über den Verlauf determinierter intellektueller Prozesse. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 84. **(Sitzungsbericht.)**
522. Senet, R., Psicologia del juego en los miños. Archivos de Psiquiatria. **11.** 129.



523. Shaw, T. C., Material Obligations of Spiritualism and Allied Phenomena. Medical Press and Circular. Aug. 21.
524. Derselbe, A Lecture on the Mental Processes in Sanity and Insanity. The Lancet. I. p. 211.
525. Shepherd, W. T., The Discrimination of Articulate Sounds by Cats. The Amer. Journal of Psychology. Vol. 23. No. 3. p. 461.
526. Sikorsky, Notice sur les nouvelles conceptions du processus de la pensée. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. III. No. 1. p. 1.
527. Silber, M., Relation of Psychology to Medicine. New Mexico Med. Journ. July.
528. Silberer, Herbert, Über Märchensymbolik. Imago. p. 176.
529. Derselbe, Mantik und Psychoanalyse. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 2. p. 78.
530. Derselbe, Lekanomantische Versuche. ibidem. H. 3—11. p. 383. 438. 518. 566.
531. Derselbe, Von den Kategorien der Symbolik. ibidem. 2. Jahrg. H. 4. p. 177.
532. Derselbe, Zur Charakteristik des lekanomantischen Schauens. ibidem. III. Jahrg. Nov. No. 2—3. p. 73. 129.
533. Derselbe, Zur Symbolbildung. Jahrb. f. psychoanalyt. Forschung. **4.** 607.
534. Derselbe, Eine prinzipielle Anregung. ibidem. **4.** 799.
535. Derselbe, Zur Frage der Spermatozoenträume. ibidem. **4.** 708.
536. Simpson, H. L., Hand Knowledge; its Results and Possibilities for Acquirement. Journal of Michigan State Med. Soc. Nov.
537. Smirnoff, Donat, Zur Frage der durch hypnotische Suggestion hervorgerufenen vasomotorischen Störungen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 3. p. 171.
538. Smith, E. M., Some Observations Concerning Colour Vision in Dogs. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. 5. Part. 2. p. 119.
539. Smith, W. G., Kennedy-Fraser, D., and Nicolson, William, The Influence of Margins on the Process of Bisection. Additional Experiments with Observations on the Affective Character of the Determinations. The Brit. Journal of Psychology. Vol. 5. No. 3. p. 331.
540. Smith, Baker, Preliminary Note on the Physiognomical Reflex. The Journ. of Abnormal Psychol. **7.** 46.
541. Sollier, L'aiguillage des impressions nerveuses. Journal de Psychol. norm. et path. No. 1. p. 14—20.
542. Sommer, Die psychologische Untersuchungsmethode. Neurologia. Bd. XI. H. 1. (japanisch.)
543. Derselbe, Die Kausalitätsvorstellung und ihre Störungen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1022.
544. Derselbe, Die angeborene Anlage in den Gebieten der Normalpsychologie und Genielehre. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VII. p. 159. **(Sitzungsbericht.)**
545. Southard, E. E., Psychopathology and Neuropathology. The Problems of Teaching and Research Contrasted. The Amer. Journal of Psychology. Vol. 23. No. 2. p. 230. u. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 13. p. 914.
546. Spearman, C., Die allgemeine geistige Leistungsfähigkeit. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 82. **(Sitzungsbericht.)**
547. Specht, Zur Phänomenologie und Morphologie der pathologischen Wahrnehmungstäuschungen. Zeitschr. f. Pathopsychol. **2.** 1.
548. Spielrein, S., Beiträge zur Kenntnis der kindlichen Seele. Zentralbl. f. Psychoanalyse. III. Jahrg. H. 2. Nov. p. 57.
549. Spirtow, J., Über Veränderungen des Charakters der evokativen Reaktionen unter dem Einfluss der Musik. Neurol. Bote. (russ.) **19.** 685.
550. Stärcke, A., Psycho-analyse. Psychiatr. en Neurol. Bladen. p. 660—673. **(Sitzungsbericht.)**
551. Derselbe, Psycho-Analyse van theoretisch standpunt. ibidem. No. 3. p. 364—468.
552. Derselbe, Ein Traum, der das Gegenteil einer Wunscherfüllung zu verwirklichen schien, zugleich ein Beispiel eines Traumes, der von einem anderen Traum gedeutet wird. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 2. p. 86.
553. Stärcke, Johan, Nieuwe Droom-Experimenten in verband met oudere en nieuwere Droom-theoriën. Psych. en neurol. Bladen. No. 2. p. 197.
554. Staudenmaier, Ludwig, Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft. Leipzig. Akad. Verlagsges.
555. Stekel, Wilhelm, Über ein Zeremoniell vor dem Schlafengehen. Zentralbl. f. Psychoanalyse. Heft 10—11. p. 557.
556. Derselbe, Die Beziehungen des Neurotikers zur „Zeit". ibidem. 2. Jahrg. H. 5. p. 245.
557. Derselbe, Aus dem Tagebuch eines Neurotikers. ibidem. 2. Jahrg. H. 2. p. 89.
558. Derselbe, Ein prophetischer Nummerntraum. ibidem. 2. Jahrg. H. 3. p. 128.
559. Derselbe, Die verschiedenen Formen der Übertragung. ibidem. 2. Jahrg. H. 1. p. 27.
560. Derselbe, Die Darstellung der Neurose im Traume. ibidem. III. Jahrg. H. 1. p. 26.



561. Derselbe, Fortschritte der Traumdeutung. ibidem. Bd. 3. H. 3. p. 154.
562. Derselbe, Der Zweifel. Ztschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 6. p. 332.
563. Stern, B., Werden und Wesen der Persönlichkeit. Biologische und histologische Untersuchungen über menschliche Individualität. Wien. A. Hartleben.
564. Stern, William, Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung und deren Anwendung an Schulkindern. Leipzig. J. A. Barth.
565. Derselbe, Die differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen. An Stelle einer zweiten Auflage des Buches: Über Psychologie der individuellen Differenzen (Ideen zu einer differentiellen Psychologie.) Leipzig. 1911. Barth.
566. Sternberg, Wilhelm, Das Sättigungsgefühl. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 5—6. p. 288. 363.
567. Störring, G., Experimentelle Beiträge von den Bewegungs- und Kraftempfindungen. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. 25. H. 3—4. p. 177.
568. Stumpf, C., Zur Psychologie der Tongeschlechter. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. (Temporal Lobes) p. 87. **(Sitzungsbericht.)**
569. Suter, Jules, Die Beziehung zwischen Aufmerksamkeit und Atmung. ibidem. Bd. 25. H. 1/2. p. 78.
569a. Swift, Walter B., Psychological Results in Reactions to Tone before and after Extirpation of Temporal Lobes. Journal Animal Behavior. May-June. p. 225—228.
570. Szyc, Frl., Die grammatikalischen Eigenschaften in der Sprache der Kinder von 4—9 Jahren. Neurol. Centralbl. 1913. p. 480. **(Sitzungsbericht.)**
571. Taylor, G. H., Color Sense in Relation to Emotion of Sex. Australasian Med. Gazette. Oct. 26.
572. Tait, W. D., Short Study in Dislike. Journ. of Abnormal Psychology. VII. No. 1.
573. Teslaar, J. S. van, Recent Literature of Psychoanalysis. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 1. p. 115.
574. Derselbe, Psychoanalysis: A Review of Current Literature. ibidem. Vol. 23. No. 2. p. 309.
575. Thomson, Godfrey H., A Comparison of Psychophysical Methods. The Brit. Journ. of Psychology. Vol. 5. Part. 2. p. 203.
576. Tichý, Gustav, Über eine vermeintliche optische Täuschung. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 60. H. 1. p. 267.
577. Tigerstedt, Robert, Handbuch der physiologischen Methodik. Bd. III. Abteilung 5. Psychophysik. Leipzig. S. Hirzel.
578. Titchener, E. B., The Psychology of the New Britannica. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 1. p. 37.
579. Derselbe, Description vs. Statement of Meaning. ibidem. Vol. XXIII. No. 2. p. 165.
580. Derselbe, Prolegomena to a Study of Introspection. ibidem. Vol. XXIII. No. 3. p. 427.
581. Derselbe, The Schema of Introspection. ibidem. Vol. XXIII. No. 4. p. 485.
582. Derselbe and Foster, W. S., A List of the Writings of James Ward. ibidem. Vol. 23. No. 3. p. 457.
583. Dieselben, Bibliography of the Scientific Writings of Wilhelm Wundt. ibidem. Vol. XXIII. No. 4. p. 532.
584. Torren, J. van der, Over Verlezen. Psychiat. en Neurol. Bladen. **16.** No. 3. p. 301.
585. Derselbe, Over de schrijffouten van onontwikkelde volwassenen en haar verband met de pathologie. ibidem. **16.** No. 3. p. 277.
586. Trömner, E., Das Problem des Schlafes biologisch und psychologisch betrachtet. Grenzfragen d. Nerven- u. Seelenlebens. 84. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
587. Derselbe, Psychische Leistungssteigerung im hypnotischen Zustand. Jahresvers. d. int. Ver. f. med. Psychol. Zürich. 6. Sept.
588. Derselbe, Entstehung und Bedeutung der Träume. Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. 19. Ergzh. 1. p. 71 (343). **(Sitzungsbericht.)**
589. Tschermak, Armin von, Optischer Raumsinn. Zeitschr. f. angew. Psychol. H. 5. p. 28.
590. Turro, R., Ursprünge der Erkenntnis. I. Die physiol. Psychologie des Hungers. Uebers. von F. H. Lewy, München. Leipzig. J. A. Barth. **1911.**
591. Derselbe, Psycho-physiologie de la faim. Journal de Psychol. norm. et path. 1911. No. 4—5. p. 332. 417.
592. Urban, F. M., A Remark on the Legability of Printed Types. The Amer. Journal of Psychology. Vol. XXIII. No. 3. p. 454.
593. Derselbe, Hilfstabellen für die Konstanztabelle. Archiv f. die ges. Psychologie. Bd. 24. H. 2—3. p. 236.
594. Utitz, E., Ausserästhetische Faktoren im Kunstgenuss. ibidem. Bd. 24. p. 90. **(Sitzungsbericht.)**
595. Vaerting, Mathilde, Otto Willmanns und Benno Erdmanns Apperzeptionsbegriff im Vergleich zu dem von Herbart. Inaug.-Dissert. Bonn.



596. Valentine, C. W., Psychological Theories of the Horizontal-Vertical Illusion. Brit. Journ. of Psychology. Vol. V. No. 1. p. 8.
597. Derselbe, The Effect of Astigmatism on the Horizontal-Vertical Illusion, and a Suggested Theory of the Illusion. ibidem. Vol. V. No. 3. p. 308.
598. Varenne, Essai sur la psychologie ethnique de quelques races asiatiques. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. III. No. 1. p. 25.
599. Vértes, Joseph O., Mensurations. Instruments, méthodes. Résultats. Separatabdruck.
600. Derselbe, Das Wertgedächtnis im Schulkindesalter. Zeitschr. f. Psychol. Bd. 63. H. 1—2. p. 18.
601. Derselbe, Paedagogisch-psychologische Bibliothek. Bd. 1 u. 2. Budapest.
602. Vierkandt, A., Das Zeichnen der Naturvölker. Zeitschr. f. angew. Psychol. 6. 299.
603. Visser, H. L. A., De Psyche der Meningte. (Die Seele der Menge.) Haarlem, Tjeenk Willink on Zoon. 1911.
604. Voivenel, Paul, Du rôle de la maladie dans l'inspiration littéraire. Mercure de France. 16. juillet. 1911.
605. Voss, Beitrag zur Psychologie des Brautmordes. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 10. p. 622.
606. Voss, G., Ueber die psychologischen Hilfsmittel der modernen psychiatrischen Diagnostik. Eine kritische Übersicht. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 15. p. 696.
607. Wallin, J. E. Wallace, The Present Status of the Binet-Simon Graded Tests on Intelligence. The Alienist and Neurologist. Vol. XXXIII. No. 2. p. 162.
608. Walter, Siegfried, Noch ein Wort über Kralls denkende Pferde. Berl. tierärztl. Wochenschr. No. 35.
609. Watson, John B., Content of a Course in Psychology for Medical Students. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 13. p. 916.
610. Watt, Henry J., The Relation of Mind and Body. II. The Brit. Journal of Psychology. Vol. V. Part. 3. p. 292.
611. Wayenburg, G. A. M. van, Betrachtungen über Periodizität einiger Lebenserscheinungen. Festschrift H. Treub. p. 318.
612. Weber, F. Parkes, Über die Verbindung von Hysterie mit Täuschungssucht und die phylogenetische Auffassung der Hysterie als eine pathologische Steigerung (oder Erkrankung) tertiärer (nervöser) Geschlechtscharaktere. Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 24. H. 1. p. 63.
613. Weber, R., Petite psychologie dédiée à Freud. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. III. No. 1. p. 41.
614. Derselbe, La faculté de lire est-elle localisée? Arch. de Psychologie. T. XII. p. 305.
615. Weiss, Karl, Über einen Fall von Vergessen. Zentralbl. f. Psychoanalyse. H. 9. p. 532.
616. Weld, H. P., An Experimental Study of Musical Enjoyment. The Amer. Journal of Psychology. Vol. 23. No. 2. p. 245.
617. Wells, Frederic Lyman, The Relation of Practice to Individual Differences. ibidem. Vol. XXIII. No. 1. p. 75.
618. Wells, L. Fr., Critique of Impure Reason. Journ. of Abnormal Psychol. 7. 89.
619. Wertheimer, Max, Experimentelle Studien über das Sehen von Bewegung. Zeitschr. f. Psychologie. Bd. 61. H. 3—4. p. 161.
620. Derselbe, Über das Denken der Naturvölker. I. Zahlen und Zahlengebilde. ibidem. Bd. 60. H. 5—6. p. 321.
621. Derselbe, Über experimentell psychologische Analyse einiger hirnpathologischer Defekte. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 40. (Sitzungsbericht.)
622. Westphal, W., Untersuchung der sphygmographischen und pneumographischen Symtome bei Wahlreaktionen. Psychol. Studien. 8. 46.
623. Wexberg, L. Erwin, Zwei psychoanalytische Theorien. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 2. p. 96.
624. White, William A., Fundamentals of the Freudian Psychology. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 19. p. 960.
625. Widmer, C., Die Rolle der Psyche bei der Bergkrankheit und der psychische Faktor bei Steigerermüdungen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 17. p. 912.
626. Wigge, C., Das Problem der denkenden Pferde des Herrn Krall usw. Deutsche tierärztl. Wochenschr. No. 49/50.
627. Wirth, W., Zur erkenntnistheoretischen und mathematischen Begründung der Massmethoden für die Unterschiedsschwelle. (Kritische Betrachtungen über F. M. Urbans Behandlung der Methode der ebenmerklichen Unterschiede und G. F. Lipps Verwertung der Gleichheitsfälle.) Arch. f. die ges. Psychologie. Bd. 24. H. 4. p. 276.
628. Derselbe, Die Kontrolle der Reaktionsweise. ibidem. Bd. 24. p. 94. (Sitzungsbericht.)
629. Derselbe, Ein einheitliches Präzisionsmass der Urteilsleistung bei der Methode der drei Hauptfälle und seine Beziehung zum mittleren Schätzungswert. ibidem. Bd. 24. H. 2—3. p. 141.



630. Derselbe, Psychophysik. Leipzig. Hirzel.
631. Woodworth, R. S., and Lyman, Frederic, Les tests d'association. The Psychological Monographs. 1911. Vol. XIII. Déc.
632. Wulff, M., Die Lüge in der Psychoanalyse. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 130.
633. Derselbe, Zur Psychologie der Syphilisdophobie. ibidem. Bd 3. H. 3. p. 152.
634. Wundt, Wilhelm, Elemente der Völkerpsychologie. Leipzig. A. Kröner.
635. Yoakum, C. S., An Hypnagogic Hallucination with Dream Characters. Journ. of Abnorm. Psychol. 3. 167.
636. Zergiebel, Max, Der Einfluss des Grossstadtmilieus auf das Schulkind. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. No. 6. p. 325. und die Umschau. No. 44.
637. Ziembiński, Z., Experimentelle Beiträge zur Frage der Gedächtnisübung. Bull. internat. de l'Acad. d. Sciences de Cracovie. Cl. des Sc. math. et nat. Série. B. Sciences naturelles. p. 622.
638. Zimdars, Apparate zur Prüfung der Auffassung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit sowie zu Assoziationsversuchen. Vereinsbeil. D. Dtsch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 138.

Einleitung.

Die Elberfelder denkenden Pferde.

Im weiten Gebiet der psychologischen Arbeit geht die Entwicklung in raschem Tempo vorwärts. Zahlreich sind die experimentellen Arbeiten, fast ebenso reich ist die Ausbeute der „introspektiven" Forschung. Es ist nicht Aufgabe des Ref., für oder wider eine bestimmte Richtung Stellung zu nehmen, dankbar dürfen wir ärztlichen Outsider (wie sehr wir auch in unseren tüchtigsten Vertretern hinter den Anforderungen der gestrengen Herren Fachleuten zurückbleiben, will uns Külpe in seinem unten wiedergegebenen Aufsatz zeigen!) die Früchte der zünftigen Wissenschaft genießen, deren Wurzeln allerdings weit ins Gebiet der Medizin hineinreichen und ihm, wie mir scheint, manch wertvolle Nahrung entnehmen. Näher wird uns Leuten von der naturwissenschaftlichen Kante wohl stets die experimentelle Richtung sein, auch erscheint die Anwendung der Introspektion auf pathologischem Gebiet doch von sehr zweifelhaftem Werte. Von einem Geisteskranken allgemeingültige Aufklärungen über Denk-, Willens- und ähnliche Prozesse zu erwarten, ist ebenso gewagt, als verlangte man von einem Astigmatiker ein Urteil über Formen, die er infolge seines optischen Fehlers anders sehen muß als jeder Normalsichtige.

Anregung und Fortschritt bringt zweifellos auch die Diskussion dieser Frage und noch mehr der Wettstreit auf den beiden Arbeitsgebieten mit sich. Wenn heutzutage eine starke Strömung der Introspektion sich zuwendet, so ist das nicht zu verwundern; stehen wir doch mitten drin im Zeichen einer spiritualistisch-mystischen Zeitentwicklung, die dem trockenen Zwang der minutiösen Experimentalarbeit mehr skeptisch als vertrauensvoll sich gegenüberstellt.

Noch auf einem anderen Gebiete hat das Jahr 1912 grundlegende Fragen aufgeworfen und zu ihrer lebhaften Erörterung geführt. Das Problem der „denkenden Pferde„ des Herrn Krall in Elberfeld hat die Gemüter in lebhafte Erregung versetzt; Psychologen, Zoologen, Tierärzte u. a. m. haben in der Tagespresse und in wissenschaftlichen Zeitschriften ihre stark auseinandergehenden Auffassungen niedergelegt. Nicht alle diese Beiträge zur Kenntnis der „Tierseele" zeichnen sich durch Objektivität aus, vielen fehlt die Grundlage der persönlichen Erfahrung. Da Ref. Gelegenheit gehabt, die Pferde des Herrn Krall zu sehen und ihre Leistungen kennen zu lernen, so mag es ihm gestattet sein, an der Hand der verschiedenen Veröffentlichungen und der eigenen Wahrnehmungen einen kritischen Überblick zu geben.



Kralls Buch (denkende Tiere, Leipzig, Engelmann) hat eine außerordentlich starke Wirkung hervorgerufen. Die wissenschaftliche und die Laienwelt hatte nach den Pfungstschen Versuchen mit dem „klugen Hans" das Problem für gelöst gehalten und war darüber zur Tagesordnung übergegangen. Da tritt Krall mit seiner auf jahrelanger Arbeit mit den Tieren beruhenden Behauptung hervor, daß die angebliche Lösung des Problems falsch sei, daß nicht nur der kluge Hans wirklich denken könne, sondern daß er auch Nachfolger, und zwar bessere Nachfolger gefunden habe. Verblüffend klingen die Berichte über die Rechenfähigkeiten (Wurzelausziehen usw.), verblüffender noch sind die Leistungen im Lesen, in der „sprachlichen Verständigung", die auf dem Wege einer „Klopfsprache" zustande kommen. Wohl die schärfste Kritik hat Krall durch den Prager Tierarzt Prof. **Dexler** (100) erfahren. Es erübrigt sich, auf diese Ausführungen einzugehen, da sie allzusehr den Stempel der affektiven Beteiligung und auch der Voreingenommenheit tragen. Auch die Aufsätze anderer Tierärzte [**Wigge** (626)] werden den psychologischen Schwierigkeiten des Problems in keiner Weise gerecht. Wie **Walter** (608), der ebenfalls Tierarzt ist, hervorhebt, befähigt das Amt des Tierarztes an sich noch nicht zur Entscheidung solcher Fragen. Eine grundsätzliche Ablehnung haben Kralls Behauptungen ferner durch **Ettlinger** (129) und Wasmann gefunden. Auch bei diesen Forschern werden wir trotz aller Wertschätzung ihrer wissenschaftlichen Verdienste eine unbefangene Prüfung des vorliegenden, Glaubensfragen engberührenden Problems keine Unbefangenheit voraussetzen dürfen. Eine Reihe von Forschern hat sich der Mühe unterzogen, die Pferde persönlich zu prüfen; die meisten Urteile dieser Herren lauten bestätigend. Wenn **Döring** (105) von einer einmaligen Vorführung nicht überzeugt wurde, so ist's ihm damit ergangen wie Claparède und auch dem Ref. Warum Döring aber gerade Pfungst zur Prüfung heranziehen möchte, ist nicht recht ersichtlich, da bei der früheren Stellungnahme dieses Forschers eine gewisse Voreingenommenheit als immerhin möglich angenommen werden könnte. In einer sehr ausführlichen Abhandlung hat **Claparède** (76), der Genfer Psychologe, seine 4tägigen Prüfungen beschrieben. Diese Arbeit hat deswegen besonderen Anspruch auf Beachtung, da Claparède sich einerseits des Rufes als unparteiischer und unabhängiger Forscher erfreut und andererseits auf dem Gebiete der „Entlarvung" bereits hervorgetreten ist (vgl. diesen Jahresbericht Bd. XIV S. 1056). Claparède bespricht sämtliche Möglichkeiten, welche den Leistungen der Pferde zugrunde liegen könnten: 1. Wissentlicher Betrug — wird wohl von keinem Forscher, der den Versuchen beigewohnt, Krall vorgeworfen, — Dexlers dahingehende Anwürfe scheiden aus, da sie rein aprioristischer Natur sind; 2. Die Pfungstsche Hypothese der unwissentlichen Zeichengebung. Auch diese Annahme weist Claparède ab aus dem sehr einfachen Grunde, da erstens zahlreiche Antworten erfolgten, nachdem sämtliche Zeugen den Raum verlassen hatten und die Beobachtung nur durch ein in der Tür angebrachtes Guckloch ermöglicht wurde (S. 279). Einen ferneren Hinweis auf die Unwahrscheinlichkeit der unbeabsichtigten Zeichengebung sieht Claparède in den individuellen Differenzen der Leistungen der verschiedenen Pferde, ferner auch in der verschiedenen Betonung, welche die Pferde beim Antwortklopfen von sich geben. Auch dem Ref. ist die rasche und energische Art aufgefallen, in der die richtigen Antworten mitunter erfolgten; die schnelle Aufeinanderfolge der Einzelschläge und die Betonung des letzten Schlages waren besonders bemerkenswert, wobei erwähnt werden soll, daß die dahingehenden Bemerkungen von Sarasin dem Ref. damals unbekannt waren. Die dritte



Möglichkeit wäre die einer telepathischen Übertragung, die ebenso schwer zu widerlegen, wie zu beweisen ist; auch Ettlingers „unbekannter Sinn" gehört in dasselbe Gebiet. Sehr genau erwägt Claparède die vierte Möglichkeit: das Vorhandensein tatsächlicher intellektueller Fähigkeiten. So abenteuerlich und unwahrscheinlich die Leistungen der Pferde auch klingen mögen, dieser Umstand darf uns nicht veranlassen, ihre Möglichkeit abzulehnen, wohl aber dürfen wir verlangen, daß zwingende Beweise erbracht werden. Ein Haupteinwand, der von Dexler und Wigge ins Feld geführt wird, die unzureichende anatomische Ausbildung des Pferdegehirns ist nach Claparède durchaus ungenügend, denn unsere anatomischen Kenntnisse können weder beim Menschen noch beim Tier genügen, psychische Fähigkeiten zu beweisen oder abzustreiten; Ref. begnügt sich, darauf hinzuweisen, wie umfangreiche Schädigungen des Gehirns und seiner wichtigsten Zentren anscheinend symptomlos verlaufen können. Wenn ferner Edinger, dessen Kompetenz auf dem Gebiete der vergleichenden Hirnanatomie wohl von niemandem bestritten, auch wohl nicht erreicht wird, sich den Leistungen der Elberfelder Pferde gegenüber durchaus nicht prinzipiell ablehnend geäußert hat, so fällt jedes hirnanatomische Bedenken vor der Hand weg. Claparède weist ferner darauf hin, daß hervorragende Rechenleistungen (Ausziehen der Kubikwurzel) durchaus nicht beweisend sind für hohe intellektuelle Fähigkeiten; Beispiel eines 10jährigen italienischen Hirten, der sonst psychisch sehr wenig entwickelt war und ähnliche Aufgaben mit großer Schnelligkeit löste. Am Schlusse seines Aufsatzes betont Claparède, daß wir kein Recht haben, die Leistungen der Elberfelder Pferde als beabsichtigten oder unbeabsichtigten Schwindel aufzufassen, daß wir vielmehr uns auf die beiden Prinzipien von Flournoy stützen sollen, die besagen, daß erstens alles möglich ist, und zweitens daß das Gewicht der Beweise der Absonderlichkeit der behaupteten Tatsachen entsprechen müsse.

Dem erschöpfenden Aufsatz Claparèdes möchte Ref. noch hinzufügen, daß Kundgebungen, wie die auf dem internationalen Zoologenkongreß zu Monako (März 1913) verlesene Resolution, nicht imstande sein werden, das Gewicht der Tatsachen zu erschüttern, auch wenn sie Unterschriften tragen von Wundt, Semon u. a. Forschern, deren Namen einen guten Klang haben. Wer den Versuchen Kralls unbefangen beigewohnt, wird nicht leugnen können, daß hier Tatsachen vorliegen, von deren Deutung wir zwar noch weit genug entfernt sein können, die aber Anspruch auf ernste Beachtung haben. Die Forderung, mit den Mitteln der exakten psychologischen Forschung an das Problem heranzutreten, ist leichter zu stellen als zu erfüllen. Ref. wüßte nicht, wie Chronoskop und Kymograph hier verwandt werden sollen. Auch erscheinen uns doch die Ergebnisse der übrigen Tierpsychologie, sowie der Psychologie des Kindes beispielsweise keineswegs null und nichtig, weil sie auf dem Wege der einfachen Beobachtung gewonnen wurden. Wir werden deshalb nichts mehr und nichts weniger zu verlangen haben, als daß Kralls Versuche von möglichst vielen unparteiischen Forschern kontrolliert und nach Möglichkeit nachgeprüft werden.

Allgemeines.

In einem umfangreichen Aufsatz beschäftigt sich **Külpe** (303) mit dem für uns so wichtigen Problem „Psychologie und Medizin". Er bespricht zunächst die Methoden der Untersuchung, wie sie in der modernen Psychiatrie Anwendung fanden. An der Hand einer Reihe typischer Arbeiten gibt er eine kritische Übersicht, die trotz einer im allgemeinen günstigen



Beurteilung der besprochenen Arbeiten vom psychologischen Standpunkt aus zahlreiche Mängel aufdeckt. Besonders schlecht kommt ein kleiner Aufsatz aus psychologischem Lager weg, der Binet-Simon zu Autoren hat, ebenso eine Arbeit von Oesterreich, deren Hauptinhalt Eigenberichte von Kranken bilden, aus denen Oesterreich seine Folgerung zieht. Mit Recht verlangt Külpe bei der Verwertung solchen Materials die Anwendung historisch-kritischer Methodik (Bernheim). Ein zweites Kapitel ist der psychologischen Analyse und Erklärung gewidmet; es enthält eine kritische Besprechung von Liepmanns Arbeiten über die Assoziationen und die Störungen des Handelns bei Gehirnkranken. Im dritten Kapitel wird das Problem der Seelenblindheit an der Hand einer Reihe von aus der Literatur entnommenen Fällen erörtert (Wilbrand, Lissauer, Müller, Rabus, Nodet und Claparède). Külpe stellt ein ausführliches eigenes Programm zur Untersuchung der Seelenblindheit auf. Den Schluß der Arbeit bildet der Nachweis von der Wichtigkeit der Psychologie für den Mediziner. Vor allem natürlich ist die Psychiatrie heutzutage mit der Seelenwissenschaft verwachsen, aber auch für den Neurologen ist ihre Kenntnis erwünscht. Es ergibt sich daraus die Forderung der Einführung der Psychologie in den medizinischen Studienplan. Zum Schluß spricht sich Külpe für eine Trennung der Psychologie von der Philosophie an den Universitäten aus.

Anschütz (12 und 13) beleuchtet in seinen beiden vorliegenden Arbeiten Külpes eben erwähnte Ausführungen, sowie seinen Aufsatz „über die Bedeutung der modernen Denkpsychologie". Anschütz steht den Ansichten der spekulativen Psychologen sehr skeptisch gegenüber, dabei stützt er sich in der Hauptsache auf Wundt. Es besteht zweifellos ein schroffer Gegensatz zwischen objektiver und subjektiver Psychologie. Anschütz bezweifelt die Berechtigung und Bedeutung des sogenannten inneren Experiments, auf das sich die spekulativen Psychologen im wesentlichen stützen. Ein Sichhineinversetzen in Stimmungen und Erlebnisse kann bei Dichtern und Künstlern von größtem Werte sein, für die exakte Forschung geht seine Bedeutung nicht über die der eigentlichen Selbstbeobachtung hinaus, die durch die Unvollkommenheit der inneren Erfahrung beschränkt ist. Gegen die Verwendbarkeit der Selbstbeobachtung spricht ferner ihre Unbeständigkeit und die Verschiedenheit des individuellen Erlebens, die eine Einigung der verschiedenen Forscher nahezu unmöglich machen. Völlig unanwendbar ist die spekulative Methode auf dem Gebiete der Kinder-, Tier-, Völkerpsychologie und der Psychopathologie. Im Gegensatz zu der rein spekulativen und auch der Fragemethode erscheint die von Meumann, Binet und Stern ausgebildete Test-Methode aussichtsvoll, da sie objektives Material und spontane Äußerungen verwertet. Anschütz lehnt die Trennung der Psychologie von der Philosophie ab, da er von ihr eine Verflachung der ersteren Wissenschaft befürchtet. Soweit der Inhalt des ersten Aufsatzes; im zweiten finden sich einige anscheinend gut begründete Ausstellungen an Külpes Lehren. Anschütz weist darauf hin, daß kein Grund vorliegt, die älteren psychophysischen Methoden nicht konsequent weiter zu bilden und zu vervollkommnen. Ihre Kompliziertheit verleitete manchen Forscher, zu dem einfacheren spekulativen Verfahren zu greifen, wobei jedoch die Ergebnisse Gefahr liefen, ein gar zu schwankendes Fundament zu erhalten („Scheinexperimente", Wundt). Bei Gelegenheit von Versuchen über den Einfluß der Aufmerksamkeit auf Schätzungen nach dem Augenmaß konnte sich Anschütz von dem häufigen Vorkommen der Selbsttäuschung in betreff der Leistungen überzeugen (zu den hier mitgeteilten Beispielen könnte Ref. aus eigener Erfahrung leicht weitere hinzufügen).



Auch **Titchener** (581 und 583) beschäftigt sich mit der Bedeutung und dem Studium der Introspektion. Er bespricht sehr eingehend die verschiedenen Arbeiten, die pro oder contra geschrieben wurden, und faßt das Ergebnis seines ersten Aufsatzes dahin zusammen: Die Bedeutung der Introspektion ist unzweifelhaft groß, sie setzt jedoch einen besonderen wissenschaftlichen Standpunkt, den der deskriptiven Psychologie, voraus; sie kann kein eigenes psychologisches System schaffen. Der zweite Aufsatz ist dem Schema der Introspektion, d. h. seiner Anwendung auf die verschiedenen Bewußtseins- und Geistestätigkeitsformen gewidmet.

Mit den modernen Untersuchungsmethoden der Psyche beschäftigt sich in etwas summarischer Form **Maloney** (347). An die Spitze stellt er die Psychoanalyse, wie sie Freud lehrt, als zweite nennt er die experimentelle Psychologie, die sich auf die Arbeiten von Wundt und Kraepelin gründet. Es fallen einige sehr scharfe Bemerkungen über die Gegner der Freudschen Richtung.

Einen sehr hübschen Überblick über die neuere klinisch psychologische und psychopathologische Literatur in England und Amerika gibt **Jones** (249). Hervorzuheben sind zwei neue Einteilungen der Psychoneurosen, die von Dana und Dercum stammen. Sehr ausführlich befaßt sich Jones, wie übrigens zu erwarten war, mit der Psychoanalyse. Er weist darauf hin, daß diese Methode in England noch wenig Anklang gefunden hat, während in Amerika sich zahlreiche Forscher mit ihr beschäftigen. Sehr schlecht kommen die Autoren weg, die Freud ablehnen. Jones gibt ihre Ansichten wieder, lehnt es aber ab, auf ihre „offenbare Unsinnigkeit“ (naked absurdity) einzugehen, „die nur auf völliger Unkenntnis des Gegenstandes beruht“.

Meyer (375) hebt in seinem Vortrag die Bedeutung des psychologischen Unterrichts für die Psychiatrie hervor und verlangt für die Ausbildung der Studierenden eine Aneignung der Grundlinien sowohl der normalen Psychologie als auch der wichtigsten Ergebnisse der Psychopathologie.

v. Bechterew (26, 27) macht in den vorliegenden 2 Arbeiten Propaganda für seine „Psychoreflexologie“ (sprachlich entsetzliche Bezeichnung! Ref.). Er wendet sich energisch gegen die sogenannten subjektiven Methoden der psychologischen Forschung und schildert die von ihm und seinen Schülern ausgebildeten Untersuchungsprinzipien. „Zur Untersuchung der großen Gruppe der einfachen Assoziationsreflexe benutzen wir die elektrische Reizung der Fußsohle des Menschen, welche einen gewöhnlichen defensiven Reflex hervorruft, nämlich eine Dorsalbeugung des Fußes und der Zehen, besonders der großen, welch letztere durch eine besondere Vorrichtung auf der Kymographiontrommel registriert wird. Wenn wir jetzt gleichzeitig mit der elektrischen Reizung der Fußsohle die Netzhaut durch eine Lichtquelle, wie die elektrische Lampe, oder das Cortische Organ mittels einer elektrischen Klingel, des Appunschen Tonmessers usw., die Hautoberfläche mit Hilfe eines leise berührenden Ankers des Elektromagneten, die Schneidersche Membran mit Hilfe einer speziellen Vorrichtung, die die Riechsubstanzen der Nase nähert, oder schließlich die Zungenschleimhaut durch Lösungen, die durch ein Röhrchen direkt in den Mund gebracht werden, in Erregung versetzen, so erhalten wir in allen diesen Fällen nach einer größeren oder geringeren Zahl gleichzeitiger Reize einen Reflex in Form einer Dorsalbeugung des Fußes und der großen Zehe auch auf einen der erwähnten Reize allein, d. h. auf Licht, auf den Schall, auf die Berührung, auf den Geruchs- und Geschmacksreiz, je nachdem, welcher dieser Reize mit dem elektrischen kombiniert worden ist, diesmal aber ohne Einwirkung des Stromes. Auf diesem Wege wird der Licht-, Schall-, Berührungs-, Geruchs-



und Geschmacksreflex gebildet. Selbstverständlich kann man auf analoge Weise einen Wärme-, einen Muskel- und andere Assoziationsreflexe erhalten.“ Auf Grund dieser Methoden hat er die „Gesetze der Reizdifferenzierung“ und der „elektiven Assoziierung“ gefunden. Nach v. Bechterew lassen sich die Prinzipien seiner Psychoreflexologie von der Individualpsychologie aus auch auf die Völkerpsychologie übertragen, sogar auf dem Wege des Experiments. Die drei Faktoren des psychischen Zusammenhangs zwischen Individuum und Gesellschaft sind die Nachahmung, die Suggestion und die Persuasion. In unserer heutigen Gesellschaft sind wenig Handlungen frei von diesen Einwirkungen; je vollkommener die Einfügung des einzelnen in den Staatsorganismus ist, um so günstiger für die Gesamtheit. Dieses Ziel läßt sich nur durch eine Reform unserer Erziehung erreichen, als deren höchste Aufgabe es gelten muß, dem Kinde ein auf dem Solidaritätsgefühl der Menschheit beruhendes Pflichtbewußtsein einzuflößen.

Koffka (284) gibt in seinem kleinen Aufsatz einen Überblick der Edingerschen Forschungsergebnisse (vgl. diesen Bericht Bd. 15 S. 984). Er betrachtet Edingers Ergebnisse als einen Fortschritt und bezeichnet sie als eine brauchbare Grundlage für weitere Arbeiten. Nicht einverstanden ist er mit Edingers Auffassung des Bewußtseins, dessen Umfang Edinger nicht gerecht wird.

Hirschfeld (223) greift auf die Forschungen Franz Josef Galls zurück, dem er im Anschluß an Möbius u. a. neuere Forscher Gerechtigkeit angedeihen läßt. Ob Galls Vermutung, daß die Sexualzentren im Kleinhirn zu suchen seien, stimmt, ist noch nicht erwiesen, aber auch nicht widerlegt. Mancherlei spricht tatsächlich für eine Lokalisation der Zentren in dieser Gegend oder aber, wie Hirschfeld selbst anzunehmen geneigt ist, in der Hypophyse. Hirschfeld regt zu Untersuchungen dieses Organs bei kastrierten Menschen und Tieren an.

Norman (401) gibt eine Skizze von Swedenborgs psychologischen Leistungen. Er weist darauf hin, daß die Wissenschaft ihm in dieser Hinsicht nicht gerecht geworden ist, da er eigentlich nur als „Hellseher“ einen größeren Ruf genießt. Nach Norman hat er vielmehr auf rein psychologischem Gebiet Hervorragendes geleistet.

Das Buch von **Kollarits** (291) enthält Vorlesungen, die in Budapest vor Studenten gehalten wurden. Kollarits legt sich die Frage vor, ob Nervosität eine Krankheit sei, und kommt zu einer negativen Antwort. Nervosität ist nach ihm eine „angeborene chemisch-physikalische Eigenschaft des Charakters“, die fast in jedem Menschen drinsteckt. Übersteigt sie gewisse Grenzen, so wird sie zur „Heredoanomalie“ und in den ausgeprägtesten Fällen zur „Heredodegeneration“. Kollarits betont die Bedeutung der hereditären Belastung; er fand sie bei 73,7 % der Nervösen, in 26,3 % der Nichtnervösen. Es gibt auch eine Nervosität der Nichtbelasteten, die einen mehr vorübergehenden, an schwere äußere Schädigungen sich anschließenden Zustand darstellt. Frauen sind öfter nervös als Männer; sie übertragen die Disposition in der Mehrzahl der Fälle. Unter den Hilfsursachen der Nervosität nennt Kollarits die Freudsche Psychoanalyse; neben zahlreichen anderen Fällen von Schädigung durch diese Behandlung sah er ein junges Mädchen, bei dem im Anschluß daran eine starke geschlechtliche Erregung entstand. Den sexuellen Schädigungen weist Kollarits nur eine untergeordnete Rolle bei der Entstehung der Nervosität zu; nicht sie selbst, sondern die mit ihnen verbundenen Vorstellungskomplexe wirken schädlich. Da Kollarits die Nervosität als Charaktereigenschaft auffaßt, so hält er ihre Beeinflussung durch erzieherische Maßnahmen für im weitesten Sinne



möglich. Er gibt ausführliche Winke in dieser Beziehung, ebenso auch für eine hygienische Ausgestaltung des täglichen Lebens.

Diese kurzen Andeutungen mögen genügen, um den durchaus sympathischen Grundzug des Buches zu bezeichnen. Ref. steht völlig auf dem Boden der von Kollarits vertretenen Anschauungen, vor allem auch in ihrer Anwendung an die Behandlung der Nervösen. Es ist ein Trost für diese Kranken, zu hören, daß ihre Beschwerden nicht aufgefaßt werden dürfen als Zeichen einer schweren Entartung, daß sie vielmehr Begleiterscheinungen einer Anlage sind, die, in günstigem Sinne geleitet, nicht allein zu persönlichen Erfolgen führen, sondern auch zum Fortschritt der Menschheit beitragen kann.

Die „Psychopathologie des Alltagslebens" von **Freud** (160) ist in vierter vermehrter Auflage erschienen. Dieses Buch bedarf kaum einer Empfehlung, es gehört nach Ansicht des Ref. zum besten, was Freud geschrieben.

Hirsch (222) beschäftigt sich mit der Psyche des Patienten. Die Frage „was ist denn die Psyche"? beantwortet er mit einem Ignorabismus, untersucht aber dann die verschiedenen Lebensäußerungen, welche zu ihr in Beziehung gesetzt werden. Es folgt eine Besprechung der Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche, ferner der heilenden Wirkungen, deren sich die Psychotherapie bedient. Aus Suggestion und Erziehung setzt sich alle Psychotherapie zusammen. An erster Stelle steht an Wirksamkeit die Hypnose.

Holle (232) bespricht das Verhältnis von Hirnmasse zum Seelenleben. Auf Grund einer Tabelle, die er zusammengestellt hat, kommt er zum Ergebnis, daß eine direkte Proportionalität der beiden genannten Größen zweifellos vorliegt.

Heymans (219) verteidigt im vorliegenden ersten Aufsatz die Lehre vom psychischen Monismus, dessen Inhalt sich folgendermaßen zusammenfassen läßt: „Soweit unsere Kenntnisse reichen, existiert nur Psychisches, alles Physische ist nichts weiter als die Art und Weise, wie Psychisches wahrgenommen wird." Heymanns wendet sich gegen Mc. Dougall, der den psychischen Monismus als eine metaphysische Doktrin auffaßt, ferner gegen Becher.

Heymans (220) weist in seinem zweiten Aufsatz nach, daß die Annahme eines psychischen Monismus mit der Fortdauer der Persönlichkeit über den Tod hinaus sehr wohl vereinbar sei. Er geht von dem Zentralbewußtsein des einzelnen und seinem peripheren Bewußtsein (Ober- bzw. Unterbewußtsein) aus und weist nach, daß sie nicht prinzipiell und dauernd von einander geschieden seien (vgl. das „Einfallen!"). Ebensowenig läßt sich eine Trennung durchführen des individuellen Bewußtseins vom Weltbewußtsein. Geht nun auch die Leibempfindung im Tode verloren, so können doch sehr wohl die Bewußtseinsinhalte gewissermaßen als Erinnerungen im Weltbewußtsein fortbestehen. Die „Society for Psychical Research" hat sorgfältige Untersuchungen über diese Erscheinungen, die Beziehungen und Übertragungen der individuellen Bewußtseinsinhalte zueinander (Telepathie) und über die Beziehungen lebender Individuen zu Abgeschiedenen angestellt. Die Telepathie ist (angeblich! Ref.) bewiesen, die Manifestation Abgestorbener dagegen noch nicht. Heymans hält für sehr wohl möglich, daß auch diese letzteren erwiesen werden, und wünscht, daß man sich weniger mit der Frage nach der Existenz der spiritistischen Manifestationen beschäftigen soll, als mit den Bedingungen, unter denen sie zustandekommen.

Der Begriff des Aktes wird in der neueren Psychologie, speziell auch in den Arbeiten der sogenannten Würzburger Schule, vielfach gebraucht,



jedoch nirgends genauer bestimmt oder scharf definiert. **v. d. Pfordten** (426) will zunächst hypothetisch einen klaren Aktbegriff aufstellen und als konstituierendes Element unseres psychischen Lebens erweisen; also als ein Drittes neben Empfindungen und Gefühlen, die W. Wundt als Elemente bezeichnet. Weiterhin werden dann die Konsequenzen gezogen und eine Aktpsychologie aufgebaut, in der der Akt wesentlich im Gegensatz zu Vorgängen und Zuständen tritt. Das Ganze bzw. die Einheit der Akte wird dann Geist genannt.

Ein besonderer Abschnitt (II) behandelt bei den psychischen Ereignissen auch die pathologischen Erscheinungen, von denen besonders das Doppelbewußtsein sowie die Amnesie auf den Aktbegriff hinweisen. Weitere Abschnitte geben eine völlig neue Theorie des Gefühls als der Intensität der Vorstellungen und behandeln nach der Erörterung des Willens bei den höchsten Leistungen der Akte auch Probleme der Völkerpsychologie. Endlich sind noch spekulative Betrachtungen über Willenskraft und psychische Energie sowie eine Übersicht der einschlägigen Experimentaluntersuchungen angefügt. (*Autoreferat.*)

Messer's (369) Arbeit „Über den Begriff des Aktes" enthält eine eingehende kritische Auseinandersetzung (ablehnender Art) über Otto v. d. Pfordten, „Psychologie der Geister" (Heidelberg 1912). Eine Erwiderung Pfordtens mit einer Entgegnung Messers findet sich im folgenden Heft des Archiv 1. (*Autoreferat.*)

Juliusburger (260) weist auf zwei wichtige Stellen in den Aufzeichnungen des Philosophen Mainländer hin, aus denen einerseits seine Beziehungen zur Mutter (im Sinne der Freudschen Lehren), andererseits sein Wunsch nach Zwang und Unterdrückung hervorgehen, derentwegen er seinen Beruf aufgab und Soldat zu werden wünschte. (*Frankfurther.*)

Gadelius (166) hat eingehende Originalstudien über die Zeit der Hexenprozesse in Schweden (17. und 18. Jahrhundert) gemacht und schildert ausführlich die psychischen Bedingungen der Phänomene, Dämonenglauben, Besessenheit usw. Die Konzentrationsfähigkeit und das Wissen der betreffenden Zeit waren nicht die jetzigen; das Rätselvolle im Leben und Dasein gaben einer reichlich schaffenden Phantasie freien Raum, und die innerste Triebfeder dieser die Wirklichkeit umbildenden Tätigkeit von innen nach außen waren der Wille nach Leben und der Glücksbedarf der Menschen. Die Welt der inneren Erfahrungen war bei diesen Naturmenschen „eine Wildung mit Niveauunterschieden, mit hügeligem Gelände und wechselndem Licht, mit dunklen Schluchten und unwegsamen Schlunden"; die bedeutungsschweren Kräfte, die dort im Dunkeln wuchsen, traten oft als etwas Fremdes, außerhalb der eigenen Persönlichkeit Gelegenes in die Erscheinung, und aus der Tiefe des Unbewußten und Unterbewußten holte die naive, von den ebnenden Kräften des Zweifels unberührte Selbstbeobachtung Beweise für die Tätigkeit im Innern des Menschen von denselben dämonischen Geistern, in denen sie die rätselvollen Kräfte der äußeren Natur verkörperlicht hatte. Der Glaube ist also eine Aussaat in die Erde des weiten Gebietes des Unterbewußten, und je weiter und unzugänglicher dieses Gebiet ist, um so größer ist die Kraft des Glaubens. Weit mehr als das Wissen ist deshalb der Glaube ein Ausdruck für den Willen in dem tiefsten Gemütsleben des Menschen und für die Macht, die dort herrscht; ein Dämonium opportunitatis, das bei diesen Naturmenschen die große Zuversicht zu dem Erhofften und die felsenfeste Überzeugung hervorrief, die nur als ein verdünntes Erbe bei einer großen Zahl der heutigen Durchschnittsmenschen fortlebt, und die noch weniger mit dem Pragmatismus zu



vergleichen ist, der vielmehr einen „Versuch zu Autohypnose“ darstellt, einen bewußten Versuch, der objektiven Wirklichkeitsanalyse zu entfliehen mit ihrer Umwandlung der Wildung der inneren Erfahrungen zu „einem wohlgepflegten Gartenbeet“, wo man wenigstens die Art der Aussaat genau kennt.

Die unterbewußt schaffende Phantasie des primitiven Menschen bringt nicht selten, von dem Glauben befruchtet, eine visionäre Tätigkeit hervor, die noch weiter dazu führt, dem Traum den Anschein der Wirklichkeit zu verleihen. Die religiösen Vorstellungen nehmen die Gestalt der Halluzinationen an, und damit zeigt sich für den Glauben ein Weg, auch die äußere Welt selbst umzubilden. Diese ekstatischen und visionären Zustände, die zu früheren Zeiten einzelne und ganze Völker erfaßten, sind also ihrem Wesen nach mit der Hysterie so übereinstimmend, daß eine derartige Benennung dem Verständnis derselben nur förderlich sein kann. Jedoch ist hier der große Unterschied hervorzuheben, daß das, was in einem Falle eine psychobiologische Erscheinung ist, im anderen Falle, während späterer Kulturstadien, eine Abnormität darstellt, eine pathologische Rückkehr zu einer primitiveren Geistesart. Die „volkshysterischen“ Erscheinungen der früheren Zeiten sind deshalb nicht mit modernem Maßstab zu messen.

Die inneren Instinkte (Selbsterhaltungs-, Glücks-, Sexualtrieb), die in geschilderter Weise das psychische Leben des primitiven Menschen gestalteten, waren aber auch geeignet, es zu verwickeln und unter inneren Gärungen und Streiten zu zerbrechen; eben die Konflikte also, die für das Auftreten der Hysterie tätig sind. Wir finden hier den Selbsterhaltungstrieb oder den konventionell und moralisch (religiös) inopportunen Sexualtrieb wieder, auf den die Freudsche Schule, wenn auch mit großen Übertreibungen, die Aufmerksamkeit hingelenkt hat. Die vergeblichen Versuche der Menschenseele, den an die Erde gefesselten Teil ihrer Natur zu vernichten und zu verneinen, kamen in der Auffassung vom Teufel zum Ausdruck; er ist die unterirdische Erscheinung, die in der vulkanischen Glut der Begierde entsteht, und er verrät sein gehörntes Antlitz, wenn die notgedrungene Schraube der Lebensverleugnung dem Druck des Glücksbedarfes nicht mehr widerstehen kann. Er ist das nächtige Sinnbild der disharmonischen Lebensbedingungen, der „Volkshysterie“. (*Sjövall.*)

Sinnesorgane. Motorische Vorgänge.

von Tschermak (589) gibt verschiedene praktische Winke für die Untersuchung des optischen Raumsinns bei primitiven Menschen, die sich in dieser Beziehung vielleicht nicht völlig den kultivierten gleich verhalten mögen.

Chinaglia (70) konnte die bereits von Weber angegebene Tatsache durch zahlreiche Versuche bestätigen, daß unausgefüllte Figuren, wie Ringe, Dreiecke usw. subjektiv als ausgefüllte empfunden werden, wenn man sie der Haut aufsetzt. Erst bei stärkerer Belastung der Konturen tritt die Täuschung in den Hintergrund. Reizt man während des Versuchs die Haut innerhalb des unausgefüllten Raumes, so wird die Empfindung nach außen verlegt.

Kiesow (277) hat ein neues Ästhesiometer konstruiert, das für feinere Untersuchungen sehr brauchbar erscheint. Er gibt verschiedene Modifikationen für Tastschmerzprüfung einerseits und für Temperatursinn andererseits an.

Schackwitz (496) hat einen sinnreichen Apparat zur Aufzeichnung der Augenbewegungen konstruiert, der sich von früheren, diesem Zweck dienenden Instrumenten durch große Empfindlichkeit, Ungefährlichkeit (drückt die Kornea nicht!) und Einfachheit auszeichnet. Hersteller: E. Pohl, Kiel.

von Liebermann und **Révész** (323) berichten in ihrem ersten Aufsatz weitere Erfahrungen über das von ihnen als Orthosymphonie bezeichnete Phänomen. Sie verstehen darunter die Tatsache, daß Pseudotöne (krankhafte Falschtöne) richtig wahrgenommen werden, wenn sie in Akkorden dargeboten wurden. Sie erklären diese Erscheinung durch die Annahme, daß jede Tonempfindung mindestens zwei musikalische Merkmale hat. Die Beurteilung pathologischer Töne geschieht nach Qualität und Höhe, und die Beurteilung von Intervallen naiv und nach Distanz.

Kovács (297) erkennt in der Einfühlung zwei Momente, die Introjektion und die Projektion. Die Wirksamkeit dieser Mechanismen läßt sich nachweisen in den philosophischen Systemen und in künstlerischen Werken genau so wie in der Wahnbildung. Das Unterscheidende liegt nicht in der Qualität des Prozesses, sondern in einer nachträglichen Selektion. Vielleicht wird die Grenze des Ästhetischen schon durch die Aufhebung der Ich-Kontrolle überschritten, vielleicht ist dies ein Minimum des Ästhetischen. Nach Volelets Darstellung ist die Einfühlung ein Vereinheitlichungsvorgang, eine „Identifizierung" im Sinne Freuds, sie hebt die Schranken zwischen dem Ich und ästhetisch wirksamen Gegenstande auf. Die Einfühlung an sich selbst ist, ganz gleich in was eingefühlt wird, eine Lust, die ästhetische Lust par excellence. Die ästhetische Projektion ist nur die eine Art des Einfühlungsprozesses, die Einfühlung des Künstlers, der sein Ich auf die Welt projiziert und Lust empfindet, indem er so Affekt verliert. Ihre Karikatur ist die Paranoia. Die pathologische Form des Einfühlungsvorganges des Publikums dagegen ist die hysterische Introjektion. Unter Umständen können wohl bei manchen ästhetischen Akten Introjektion und Projektion gemischt auftreten, doch scheinen sich starke Disposition zur Projektion und starke Introjektionsneigung schlecht miteinander zu vertragen. So sind ausübende Künstler in der Regel ein sehr schlechtes Publikum. Die Einfühlung des Publikums besteht in der Regel aus einer kurzen Projektion und aus darauffolgender dauernder Introjektion. Introjektion und Projektion stehen sich also passiv und aktiv gegenüber, und von dieser Zweiheit des Seelenlebens knüpfen sich Fäden zu dem Unterschiede des sexuellen Verhaltens von Mann und Weib. „Der Mann (als der Projizierende) ist der geborene Künstler, das Weib (als die Introjizierende) das geborene Publikum." (*Frankfurther.*)

Benussi (33) benutzte Scheinbewegungen, um Gestaltstäuschungen hervorzubringen, und umgekehrt diese, um Scheinbewegungen hervorzurufen. Er benutzte dazu die stroboskopische Projektion z. B. der Müller-Lyerschen Figur in der Abänderung, daß sich die Schenkellinien zu dehnen und zusammenzuziehen schienen. Die Orts- oder Größenveränderungen, die durch solche Täuschungsbilder scheinbar hervorgerufen werden, können Anlaß zu stetigen, stroboskopisch nicht bedingten Scheinbewegungen einzelner Figurenteile geben, wenn nicht nur die Formen der stroboskopisch gebotenen Scheinbewegungen, sondern auch die jeweiligen Gestalten, bzw. Gestaltsveränderungen der vorgetäuschten Figur erfaßt werden. Diese Bedingung stellt einen neuen Beweis für die zentrale Stellung dar, die diesem Momente der Gestaltsauffassung als Grundbedingung für das Entstehen sogenannter geometrisch-optischer Täuschungen zukommt. (*Frankfurther.*)

Turro's (590) Buch zerfällt in zwei Teile, im ersten werden Ursprung und Natur des Hungerempfindens, ferner die quantitative Autoregulierung trophischer Empfindungen abgehandelt. Nach Turro ist das Hungergefühl vom Magen völlig unabhängig, nur bedingt durch die Zusammensetzung der Körpersäfte. Die Regulierung der Ernährung beruht auf den „trophischen Reflexen". Der zweite Teil ist im wesentlichen erkenntnistheoretischen Erörterungen gewidmet.



Auch **Sternberg** (566) beschäftigt sich mit dem Ernährungsproblem, allerdings von einem anderen Gesichtspunkt aus. Wie in früheren Arbeiten stellt er seine eigenen „Forschungen" und deren Ergebnisse durchaus in den Vordergrund, wobei er teilweise scharf polemisch wird. Nach Sternberg ist das Hungergefühl kein rein chemischer Vorgang, er hat auch eine wichtige physikalische Komponente; die Dehnungsverhältnisse der Eingeweidewandungen.

Sehr nachdrücklich soll auf die Rektoratsrede **Lehmann**'s (314) hingewiesen werden. Es ist ein kaum hoch genug zu wertender Fortschritt, wenn bei solcher Gelegenheit den Trinksitten das Urteil gesprochen und die allgemeine Enthaltsamkeit, wenn auch nicht verlangt, so doch als segensreich und nachahmenswert bezeichnet wird. Alle Genußmittel sind Hirnreizmittel und als solche schädlich, aber auch völlig entbehrlich, denn viel mehr als die eigentliche Giftwirkung kommt für den erholungsbedürftigen Menschen ihre symbolische Bedeutung in Betracht. Diese symbolische Bedeutung wird aber auch erreicht durch die Ersatzmittel, wie die große Verbreitung der entgifteten Genußmittel heutzutage beweist.

Erisman (128) hat unter Störrings Leitung Untersuchungen über Bewegungsempfindungen gemacht, die von dem Gesichtspunkt ausgingen, daß fast sämtliche Fragen, die sich auf Auffassung und Schätzung von Bewegungen beziehen, einer gründlichen Nachprüfung unterworfen werden müssen. Erisman stellte sich die Aufgabe, 1. die Unterschiedsempfindlichkeiten für aktive und passive Bewegungen festzustellen und zueinander in Beziehung zu setzen, 2. aber zu untersuchen, ob wir beim Vergleich zweier Strecken uns im wesentlichen auf die notwendig gewesene Zeitspanne stützen. Als Apparat diente Störrings Kinematometer. Es erwies sich, daß die Unterschiedsempfindlichkeit der aktiven und passiven Bewegungen von nahezu gleicher Größenordnung ist. Die Beeinflussung der räumlichen Schätzungen durch die für die Ausführung der Schätzung gebrauchte Zeit erwies sich bei aktiven Versuchen als sehr gering; bei passiven Bewegungen war sie beträchtlich größer.

Bischoff (41) wählte, um geistige und körperliche Arbeit miteinander zu vergleichen, als geistige Arbeit Addieren von einstelligen Zahlen, als körperliche Arbeit das Zusammendrücken des Weilerschen Arbeitschreibers. Danach wurden die Arbeitskurven der einzelnen Vpn. ermittelt und verglichen. Für die verschiedenen Arbeitsqualitäten sind die verschiedenen Vpn. in verschiedenem Maße verwendbar und übungsfähig. Eine Gesetzmäßigkeit etwa im Sinne einer Parallelität oder Gegenparallelität im Grade der Ausbildung dieser Arbeitsphänomene bei geistiger und körperlicher Arbeit darf nicht angenommen werden. Gewöhnung und Vertrautsein mit einer bestimmten Arbeitsqualität wirken vermindernd auf die Ermüdbarkeit. Gesetzmäßige Zusammenhänge zwischen Übungsfähigkeit bei geistiger Arbeit und Ermüdbarkeit bei körperlicher Arbeit ließen sich für die untersuchten Qualitäten nach keiner Richtung hin nachweisen. (*Frankfurther.*)

Rosenberg (480) analysiert die Störungen der Orientierung am eigenen Körper und weist auf den interessanten Umstand hin, daß die „dyschirischen" und „alloästhetischen" Symptome nicht nur auf dem Boden der Hysterie vorkämen, sondern bei zahlreichen Hirnkranken und Senilatrophischen festgestellt werden können. Die organisch bedingten Störungen zeigen wichtige Unterschiede von den psychogenen: Der Hysterische zeigt zwar Störungen der „Seitigkeitsempfindungen", die allgemeine Orientierung am eigenen Körper ist aber ungestört. Dagegen zeigt der organisch Kranke allgemeine Orientierungsstörungen am ganzen Körper. Diese Erscheinung kann man als Autotopagnosie bezeichnen; ein Teilsymptom ist die Chiragnosie, die



Unfähigkeit sich nach rechts und links am eigenen Körper zu orientieren. Rosenberg illustriert seine Mitteilungen durch einschlägige Beobachtungen.

Tichy (576) sieht bei der zweiten Form der Pappendorffschen Täuschung nicht das Umgekehrte wie in der ersten, sondern qualitativ im Gegensatz zu Wundt nur das Gleiche. Die Größe der Täuschung hängt direkt ab von der Breite des unterbrechenden Zwischenraums und indirekt von der Größe des Winkels. Monokulare oder binokulare Betrachtung macht dabei keinen Unterschied. Dies ergibt sich besonders schön, wenn man die Figuren nicht fertig beurteilen, sondern von den Vpn. konstruieren läßt. Die Täuschung beruht nicht auf der Überschätzung der spitzen Winkel. Das Auge wird vielmehr gewissermaßen hingerissen, den Zwischenraum auf kürzerem Wege zu übergehen, wie man es gewöhnlich bei solchen Zwischenräumen macht. Der Augenmuskel spart Arbeit, die Richtung dagegen wird stets sehr richtig geschätzt. Das zeigt sich auch, wenn die Versuche bei divergenten Linien gemacht werden, bei denen also die Winkelverhältnisse gänzlich verändert sind. (*Frankfurther.*)

Ferree und **Rand** (142) haben es unternommen, die absolute und relative Empfindlichkeit der Retina für farbiges Licht in vergleichbaren Einheiten zu bestimmen und veröffentlichen kurz Zweck und Ziel dieser Untersuchungen, die sich auf mehrere Jahre erstrecken werden. Die Messungen der Sensibilität werden angegeben durch die Zahl radiometrischer Einheiten, die zum Hervorrufen der Farbenempfindung notwendig sind, damit wird die Sensibilität der Retina in vergleichbaren Einheiten ausgedrückt. Die Grenzen der Farbenzonen werden bestimmt durch farbige Lichter, die eine gleiche Zahl von Energieeinheiten darstellen. Das umgebende Feld muß die Helligkeit der gebrauchten Farbe haben, ebenso muß das zur Vorexposition benutzte graue Papier diese Helligkeit haben.

Beabsichtigt ist ferner eine sorgfältige Untersuchung des quantitativen und qualitativen Empfindungsvermögens an jedem Punkt einer großen Zahl von Meridianen der Retina. Man hat eine zu große Gleichförmigkeit in der Empfindungsfähigkeit der peripheren Retina angenommen und wichtige Verallgemeinerungen für die Farbentheorie darauf gebaut. Das gilt z. B. für Herings Urfarben, von denen sich bei der Untersuchung eine größere Zahl von Meridianen nachweisen läßt, daß sie nicht existieren.

(*Frankfurther.*)

Dunlap (118) belichtete mit der gleichen Lichtquelle im selben Augenblicke zentral und peripher entweder durch Spiegelung oder durch Erzeugung von Doppelbildern. Bei beiden Versuchsanordnungen schien die zentrale Belichtung der peripheren vorauszugehen, doch konnte dabei eine deutliche Bewegung des Auges, dem exzentrischen Eindrucke entgegen, festgestellt werden. Fehlte der Eindruck der Augenbewegung bei der Vorschrift, die Augen möglichst still zu halten, so fand auch keine Täuschung über die zeitlichen Verhältnisse statt. Beabsichtigte Augenbewegungen, bei denen das Auge dem exzentrischen Eindrucke entgegen bewegt wurde, hoben die Täuschung hervor. Das Mach-Phänomen hat mit diesem Dvorak-Phänomen nichts zu tun und ist auch unabhängig von Augenbewegungen. (*Frankfurther.*)

Drozynski (107) legt bei seinen Versuchen über Atmungs- und Pulssymptome, rhythmische Gefühle den Hauptwert auf Versuchsanordnung und Interpretation der Versuchsergebnisse, bei der die Fehler früherer Experimentatoren vermieden werden sollten. Als Gefühlsreiz wurde der Rhythmus verwendet, der bei der affektiven Färbung rhythmischer Gefühle dazu geeignet ist, die Affekte einer experimentellen Untersuchung unterziehen zu können. Besonders intensiv wirkt dabei der Tempowechsel. Bei den Versuchen wurde



stets zur Kontrolle eine „Normalkurve“ aufgenommen. Von den Vpn. wurde völlige Passivität verlangt, nachträglich aber zur Charakterisierung des Gefühlserlebnisses die Selbstbeobachtung oder richtiger die Perseveration des Gefühls benutzt. Die durch die rhythmischen Schalleindrücke erregten Gefühle bewegen sich hauptsächlich in der Dimension Erregung—Beruhigung. Die spezifischen Rhythmusgefühle Spannung und Lösung treten erst bei langsamem Tempo auf. Dabei hat die Erregung größere Intensivität und stärkere Tendenz zur Perseveration. Das rhythmische Gefühl weist eine innige Verwebung der verschiedenartigsten Gefühlsrichtungen auf, was am besten mit „Aktivität“ wiedergegeben wird. Sie haben dies mit den Willensvorgängen gemein. Entsprechend dem Dominieren der Erregung sind die motorischen Innervationsänderungen stark ausgeprägt (Mitbewegungen). Es werden dann die Puls- und Atemsymptome, der dreidimensionalen Gefühlstheorie entsprechend, zusammengestellt; doch läßt sich ein festes Schema bei den starken Differenzen des Ausdrucks nicht aufstellen. Der körperliche Ausdruck ist dem Gefühl, nicht der Empfindung zugeordnet, seine Intensität geht der des Gefühls parallel. Bei manchen Personen scheint eine Art von Insuffizienz des inneren Ausdrucks zu bestehen, die dann durch ein relativ frühes Eintreten der äußeren Ausdrucksbewegungen kompensiert wird. Jede Gefühlsrichtung besitzt ihre spezifische Ausdrucksvalenz. Die Atmung scheint als Ausdruckssymptom zuverlässiger als der Puls zu sein, da die Modifikationen des Pulses unter der Vieldeutigkeit ihrer Entstehungsbedingungen leiden. Eine Einstellung von Puls und Atmung auf den Rhythmus ist höchstens bei der Atmung zu beobachten, genau ist sie aber auch bei dieser nicht. Der Verf. kommt zu dem etwas skeptischen Schluß, daß es nicht gestattet ist, auf Grund des Studiums einzelner Ausdrucksfaktoren unter Vernachlässigung der gesamten Konstellation definitive Schlüsse auf den Gesamtausdruck des Gefühls zu ziehen und Normen seines physischen Verlaufes aufstellen zu wollen. Vielleicht sind die Änderungen von Puls und Atmung nur sekundäre, der Selbstregulation des Organismus dienende Phänomene, die aber darum doch ihre Bedeutung für die Erkenntnis vom Zusammenhang zwischen Leib und Seele behalten, wie dies auch von Lehmann in seinen Elementen der Psychodynamik in ähnlicher Weise entwickelt wird. (*Frankfurther.*)

Orszulok (405) stellte seine Versuche mit dem Weilerschen Arbeitsschreiber an, der dabei seine Brauchbarkeit für die klinische Untersuchung vollauf erfüllte. Seine Schlußsätze sind: Aus der Größe und den gegenseitigen Beziehungen der Arbeitswerte einer Kurve lassen sich eine Reihe von Anhaltspunkten für die Beantwortung der Frage gewinnen, ob besondere Störungen die Arbeit beeinflußt haben. Es lassen sich bestimmte Exponenten aufstellen, die als Maßstab für die Gesetzmäßigkeit des Leistungsabfalls dienen können. Negativer Übungszuwachs weist auf größere Schwankungen in der Disposition aus äußeren oder inneren Ursachen hin. Steigerung der Gesamtleistung nach der Pause ist auf stärkere Schwankungen der Willensspannung zu beziehen. (*Frankfurther.*)

Rassen- und Tierpsychologie.

Varenne (598) schildert kurz die Psychologie der 4 wichtigsten Rassen des östlichen Asiens. Der Japaner zeichnet sich durch eine auf die Spitze getriebene Ausbildung des Willens aus, die ihn befähigt, in unvergleichlicher Art physischen und psychischen Schmerz zu ertragen, die ihn ferner zum Meister der Verstellung macht. Große Assimilationsfähigkeit hat die überraschend schnelle Einführung der europäischen Zivilisation ermöglicht; doch



ist der Japaner kein Neuerer, sondern ein Nachahmer. Ganz im Gegensatz dazu ist der Koreaner durch Apathie gekennzeichnet, auch in den obersten Schichten ist seine Kultur oberflächlich; die ganze Kultur des Volkes ist auf niedriger Stufe stehen geblieben. Der Chinese fußt auf einer alten Kultur, die ihm vorzügliche Erziehungsprinzipien geschaffen hat, vor allem auf moralischem Gebiet, weniger auf intellektuellem, wo die einseitige Ausbildung des Gedächtnisses vorherrscht. Auch der Chinese zeichnet sich durch große Willensstärke aus, die aber wenig aggressiv ist, daher ist der Chinese Meister des passiven Widerstandes. Die Anamiten sind intelligent und bildungsfähig, aber noch wenig entwickelt, sie stehen auf kindlicher Stufe, neigen zu Brutalität und Exzessen in jeder Beziehung. Die französische Bildung hat noch kaum Einfluß auf diesen Volksstamm gewonnen.

Heymans und **Wiersma** (221) berichten über die Ergebnisse ihrer Massenuntersuchung in bezug auf die selektorischen Wirkungen der Ehe. Es scheint aus der Enquête hervorzugehen, daß die seelischen Vorzüge bei Verheirateten häufiger vertreten sind als bei den Ledigen. Dabei ist das Verhältnis unter den Männern noch günstiger als unter den Frauen, woraus die Verff. schließen, daß die Frau mehr geneigt ist, nach seelischen Vorzügen ihre Wahl einzurichten, als der Mann. Den Einwand, die stärkere Vertretung günstiger Eigenschaften käme erst als Wirkung des Ehelebens zustande, lehnen die Verff. ab. Für die Zukunft eröffnen diese Ergebnisse nach Ansicht der Verff. durchaus günstige Chancen, denn mit zunehmender psychologischer Bildung wird die Fähigkeit zur erfolgreichen Selektion immer weiter gesteigert! Ein für den Psychiater beachtenswertes Nebenergebnis ist die Feststellung, daß unter den Verheirateten die Zahl der psychischen Störungen erheblich geringer war (61 : 100).

Jordan (254) berichtet über Beobachtungen an Regenwürmern, die sich darauf beziehen, wie diese Tiere allerlei Gegenstände, z. B. Blätter, Papierschnitzel usw. in ihre Röhren ziehen. Schon Darwin hat darauf hingewiesen, daß in der Mehrzahl der Fälle die Blätter höchst zweckmäßig mit der Spitze voran hereingezogen werden, und im Geiste seiner Zeit suchte er diese Handlungsweise der Würmer als eine durch Intelligenz bedingte darzustellen. Umgekehrt sah Else Hanel, die eine Nachuntersuchung in neuester Zeit anstellte, im ganzen, scheinbar absichtlich zweckmäßigen Vorgang nichts als eine Summe von zwangsmäßigen Reflexen. Verf. weist nun nach, daß weder Darwin noch Hanel den eigentlichen Vorgang, sondern nur sein Endresultat beobachtet haben: jener aber ist nichts andres als ein neues Beispiel für das Jenningssche Prinzip von „Versuch und Irrtum“: die Würmer probieren, an den verschiedensten Stellen anpackend, das Blatt hereinzuziehen, was ihnen mißlingt, solange sie es an der breiten Basis fassen; sind sie dann nach mehr oder weniger langem „Irren“ endlich zufällig an die Spitze gelangt, so folgt das Blatt willig dem Zuge, und der Beobachter hat am Ende das Resultat vor sich, das in seiner Zweckmäßigkeit wunderbar erscheinen muß, sobald man seine Vorgeschichte nicht kennt.

Haecker (196) hat Versuche über die Lernfähigkeit des Axolotl (Amblystoma tigrinum) angestellt, indem er prüfte, ob und inwieweit die Tiere sich täuschen lassen, wenn man ihnen bei der Fütterung statt des gewohnten Fleisches ähnlich geformte und gefärbte Holzstückchen entgegenhält. Es zeigte sich nun, daß nach einer längeren oder kürzeren „Lernperiode“, die sich beispielsweise bei einem erwachsenen Weibchen über vier Monate, bei einem andern bloß über wenige Tage erstreckte, die Tiere deutlich zwischen Fleisch und Holz unterschieden, und daß diese Unterscheidungsfähigkeit auch durch längere Zeiten der Versuchsunterbrechung



nicht vermindert wurde (es wurden Pausen bis zu 20½ Monaten gemacht). Auffallend waren aber die periodisch wiederkehrenden Zeiten der Rückfälle, die z. T. auf biologische Momente, wie die Brunstzeit, zurückgeführt werden konnten; dagegen waren sie von der Freßlust in weitem Maße unabhängig, indem auch zu Zeiten größter Freßgier keine nennenswerte Steigerung der Zahl der positiven „Holzreaktionen" zu bemerken war. Unterschiede des Geschlechts und der Rasse (schwarze und weiße Form) waren nicht festzustellen, wohl aber deutliche individuelle Verschiedenheiten zwischen den Geschwistern einer Familie und zwischen den einzelnen Familien, die sich in der Schnelligkeit der „Hemmungswirkung früherer Erfahrungen", in ihrem raschen oder langsamen Ansteigen und ihrer größeren oder geringeren Modifikabilität äußerten. Diese nachweisbaren individuellen Unterschiede im psychologischen Verhalten der Tiere haben möglicherweise eine große Bedeutung, und zwar eine selektive, im Kampf ums Dasein.

Shepherd (525) hat Versuche an zwei Katzen angestellt, um ihre Fähigkeiten zu prüfen, bestimmte akustische Reize mit bestimmten motorischen Reaktionen zu verbinden. Auf die Technik der sorgfältig angestellten Versuche kann nicht eingegangen werden. Das Ergebnis war folgendes: Von zwei Katzen lernte die jüngere (6 Monate alte) innerhalb dreizehn Tagen den Reiz fehlerlos zu beantworten, die andere (dreijährige) Katze brauchte erheblich längere Zeit dazu. Verf. läßt mit Recht die Frage offen, ob es sich um eine zufällige individuelle Differenz oder aber um den Unterschied in der Lernfähigkeit jüngerer und älterer Tiere handelt.

Cornetz (83) hat Versuche und Beobachtungen über die Orientierungsfähigkeit von Ameisen angestellt. Er faßt das Ergebnis dahin zusammen: „Es ist wahrscheinlich, daß meine Myrmecocystus-Individuen eine Vorstellung von der Umgebung ihres Wohnorts haben. Sie besitzen anscheinend einen recht beschränkten Vorrat von optischen Vorstellungen der Orte, wo sie sich aufgehalten. Aber diese Vorstellungen sind wechselnd und nicht von Dauer. Meine Ameisen sind sehr vergeßliche kleine Gesellen. Wenn man auf Bewußtseinsvorgänge in ihnen schließen darf, wozu ich stark hinneige, so könnte man sie als leichtlebige, nur dem Augenblick lebende Individuen bezeichnen."

Cornetz fordert zu weiteren Versuchen auf und schränkt die Bedeutung seiner Erfahrungen durch den Hinweis ein, daß sie sich nur auf eine einzige Ameisenart beziehen.

Schneider's (509) Buch soll an dieser Stelle nur kurz erwähnt werden, um die Aufmerksamkeit darauf hinzulenken. Es behandelt eine Auswahl hochinteressanter Probleme, indem abwechselnd Darwinist, Lamarckist, Vitalist, Biologe, Physiologe, Monist und Psychologe zum Wort kommen. Dem Nichtfachmann fällt es leider schwer, sich durch das Gewirr der verschiedenen Auffassungen durchzufinden.

Smith (538) untersuchte die Farbenperzeption des Hundes und fand, daß einige Hunde ein rudimentäres Farbenunterscheidungsvermögen besitzen, das aber inkonstant ist und sicherlich keine Rolle in dem normalen Leben des Tieres spielt. Die Höhe der Schwelle beweist, daß der Farbensinn nur sehr gering ist, und die Farbenunterscheidung wird, selbst wo sie deutlich entwickelt ist, leicht durch Differenzen der Helligkeit und der Stellung wieder aufgehoben.

(*Frankfurther.*)

Die „neue Tierpsychologie" von **Bohn** (54) stellt Fortsetzung und Vollendung von des gleichen Autors: „Die Entstehung des Denkvermögens" dar. Das Bestreben des Autors ist es, psychische Vorgänge auf biologische zurückzuführen und diese dabei vom physikalisch-chemischen Gesichtspunkte aus zu betrachten, unter Ablehnung aller finalistischen Erklärungsversuche.



Bei den niederen Tieren lassen sich zwei allgemein verbreitete Tendenzen feststellen: 1. Das Bestreben, sich in der Weise zu orientieren, daß rechte und linke Körperhälfte gleichmäßig von einem äußeren Reize getroffen werden und auf diese Weise einen Gleichgewichtszustand herbeizuführen. Diese Erscheinung wird als Tropismus bezeichnet. 2. Das Bestreben, bei plötzlicher Veränderung äußerer Einwirkungen stehen zu bleiben, zurückzuweichen oder eine Drehung um 180 Grad auszuführen. Dieses Verhalten wird als Unterschiedsempfindlichkeit bezeichnet. In dem ersten Teile des Buches werden zahlreiche Beispiele für diese beiden Tendenzen dargestellt und gezeigt, wie sie sich restlos aus physikalisch-chemischen Gesichtspunkten erklären lassen. Der Versuch, diese Erscheinungen aus einer Selektion der Bewegungen zu erklären, ist überflüssig und vor allem mißglückt, da diese Tropismen und Unterschiedsempfindlichkeit keineswegs immer „zweckmäßig" sind. Außer diesen beiden Tendenzen finden sich auch bei den niederen Tieren, wie die Versuche ergeben haben, die Anfänge eines assoziativen Gedächtnisses, das bei den Gliedertieren sehr wesentlich wird. Alle Tiere, auch die niederen, besitzen Empfindungen, wenn man darunter keine Bewußtseinsvorgänge versteht, sondern gewisse Prozesse des Nervensystems, die sich uns durch die Handlungen der Tiere offenbaren. Doch verraten sich keineswegs alle Empfindungen durch Bewegungen, es gelingt aber, sie durch die Methode der Assoziation aufzudecken. Diese Assoziationen unterstehen zwei Gesetzen, dem Gesetze der Ähnlichkeitsassoziation und dem Gesetze der Automatie der Assoziationen. Die sogenannten Instinkte der Gliedertiere werden scharf kritisiert und auf die drei genannten Faktoren zurückgeführt, so namentlich das „Totstellen" auf die Unterschiedsempfindlichkeit, die Rückkehr zum Nest, für die die rein mechanistische Theorie Bethes abgelehnt wird, auf Tropismen und Assoziationen, die von der individuellen Erfahrung in weitem Ausmaße abhängig sind. Auch bei dem Aufsuchen der Nahrung, dessen Bedeutung bei den niederen Tieren früher vielfach überschätzt wurde, sind erblich übertragene wie individuell erworbene Elemente beteiligt. Ebenso werden Mimikry und soziales Leben als „Instinkte" abgelehnt. Auch hier wird also der Selektionstheorie der Boden entzogen. Ein Organismus ist kein Gebilde, das für einen bestimmten Zweck verfertigt worden ist, sondern er setzt sich aus den verschiedensten voneinander unabhängigen ererbten Eigenschaften zusammen, von denen manche nützlich, manche indifferent und manche sogar schädlich sind. Es gibt sogar recht schlecht angepaßte Organismen, die es nach der Selektionstheorie gar nicht geben dürfte.

Bei den Wirbeltieren werden die psychischen Vorgänge wesentlich komplizierter. Die Tropismen und die Unterschiedsempfindlichkeit können sich nicht mehr aus der Totalität der psychischen Vorgänge herauslösen, das Gedächtnis entwickelt sich sehr stark. Anatomische Daten vermögen hier zunächst Schlüsse auf das geistige Leben zu gestatten. Hier werden die Arbeiten Edingers gewürdigt. Von den sonstigen Methoden ist in ihren Erfolgen am größten die Pawlowsche Methode gewesen, deren Resultate durchaus nicht in dem finalistischen Sinne gedeutet zu werden brauchen, wie es Pawlow selber getan hat. Diese Versuche der Pawlowschen Schule werden ausführlich analysiert. Das Labyrinthverfahren dagegen ergibt nur synthetische Resultate, die aber durch die Kombination mit Exstirpationen ergiebiger gemacht werden können. Weniger erfolgreich dagegen sind das Nachahmungs- und das Dressurverfahren, das sogar, wie das Beispiel des klugen Hans zeigt, beim Fehlen genauer experimenteller Analyse zu groben Irrtümern führen kann.



Das Buch gibt einen guten Überblick über die sehr verstreute, z. T. schwer zugängliche neuere Literatur der Tierpsychologie. Vor allem werden die vorliegenden Untersuchungen von einem gemeinschaftlichen Gesichtspunkte gedeutet. Ein vollständiges Lehrgebäude zu geben, ist noch nicht möglich, und der Autor selbst macht auf die Lücken aufmerksam, die die Forschung noch an manchen Stellen auszufüllen hat. Trotz dieser Schwierigkeit liegt ein einheitliches, vom Einfachen zum Komplizierten fortschreitendes Werk vor, das wenigstens das Gerüst des zukünftigen Gebäudes gibt ohne alle phantastischen Tiergeschichten, die sich auch noch in wissenschaftlichen Werken finden, und dessen leicht lesbare Übersetzung ihm auch in Deutschland weite Verbreitung sichert. (*Frankfurther.*)

Assoziation. Gedächtnis. Aufmerksamkeit.

Eine Reihe von Arbeiten ist dem Studium der Assoziationen gewidmet. Mit Recht hat **Birnbaum** (40) sich der Frage nach dem Einfluß der Gefühlsfaktoren auf die Assoziationen zugewandt. Er verwertete zunächst die den Reizworten selbst anhaftende Gefühlsbetonung, indem er Reizwortgruppen von verschiedenem Gefühlswert bildete und sowohl bei Normalen als auch bei verschiedenen Kranken durchprüfte. Ferner untersuchte Birnbaum Individuen mit erhöhter Emotivität (Hysterische), dann Kranke mit wahnhaften, stark gefühlsbetonten Vorstellungen und schließlich Kranke mit ausgeprägt abnormer Gefühlslage (vorwiegend Depressive). Diese verschiedenen Fälle wurden nun auch unter besonderen Bedingungen geprüft nach vorhergehenden gefühlsbetonten Erlebnissen oder nach Vorausschickung absichtlich gefühlsbetonter Vorreize. Einige Schwierigkeiten bereitete die Zusammenstellung der Reizworte: es wurde nur eine mäßige Zahl gewählt und darauf geachtet, daß gefühlsbetonte mit gleichgültigen abwechselten. Die Versuche bei Normalen ergaben, daß die Reaktionen auf gefühlsbetonte Reizworte sich weder nach Inhalt noch Zeit von gleichgültigen unterscheiden. Auch bei Hysterischen waren die Unterschiede wenig hervorstechend, am meisten noch bei Reizworten, die individuell betonten Vorstellungskreisen der Vpn. entstammten, dagegen war die Zunahme der unter dem Einfluß der Vorreize stehenden gefühlsbetonten Reaktionen sehr deutlich. Bei Kranken mit wahnhaften Vorstellungen kamen solche des öfteren auch in den Reaktionen zum Ausdruck, namentlich bei individuell betonten Reizworten. Die Untersuchung depressiver Kranker ergab, daß die gefühlsbetonten Reizworte mehr depressive Reaktionen hervorbringen als die indifferenten. Außerdem war in diesen Fällen die Reaktionszeit verlängert (auch bei indifferenten Reaktionen), auch waren die Reaktionen dürftig und einförmig, sowie durch gefühlsbetonte Vorreize und individuell betonte Reizworte nur wenig zu beeinflussen. Demgegenüber waren bei psychogenen Verstimmungszuständen die Reaktionen reichhaltiger; sie umfaßten im Gegensatz zu den „massiven" Inhalten der Melancholiker alle möglichen persönlichen Interessen, entgleisten gelegentlich sogar ins Lustbetonte und zeigten eine Neigung zu leichter Ablenkung auf das eigene Ich. Doch wiesen sie im übrigen, wie die andere depressive Gruppe, verlängerte Reaktionszeit und Neigung zu depressiven Reaktionen auf. Zum Schluß erkennt Birnbaum an, daß besonders ausgewählte und zusammengestellte Reizworte einen gewissen Wert für die Erkennung besonderer Gefühlszustände besitzen.

Markus (358) hat an der Greifswalder Nervenklinik die Assoziationen bei Dementia praecox-Kranken untersucht; er bediente sich einer im Anschluß an Jung zusammengestellten Reizwortliste von 100 Worten. Zur Zeit-



messung diente die 1/5″ Uhr; unmittelbar an den Versuch wurde die Reproduktion angeschlossen. 60 so gewonnene Bögen liegen den Ergebnissen zugrunde, deren Tragweite **Markus** selbst nur vorsichtig bewertet. Er glaubt, daß im allgemeinen der Assoziationsversuch weniger leistet als die klinische Beobachtung. Nur zur Aufdeckung zweier, für die Dementia praecox spezifischer Symptome sei er der einfachen Beobachtung überlegen: der Aufmerksamkeitsstörung ohne psychomotorische Erregung und der beginnenden Sprachverwirrtheit. Der Versuch, die verschiedenen Gruppen der Dementia praecox nach dem Reaktionstypus zu differenzieren, glückte nicht.

Karpińska (268) berichtet über Resultate ihrer Experimente, die dahin abzielten, die Bedeutung der Galvanometerschwankungen als eines Komplexmerkmals bei Assoziationen festzustellen. Die Experimente, die bei Gebrauch verschiedener Galvanometer (Platt, Deprey-d'Arsonval, Einthoven u. a.) ausgeführt waren, ergaben im allgemeinen dieselben positiven Resultate und zeigen, daß die Galvanometerschwankungen vom emotionellen Faktor abhängig sind. (*Sterling.*)

Goett (178) weist an der Hand zweier Fälle nach, daß auch beim Kinde der Assoziationsversuch zu richtigen diagnostischen Schlüssen führen kann, daß somit „die Voraussetzungen, mit denen wir an die Beurteilung des Assoziationsversuches herantreten, und für deren Richtigkeit wir naturgemäß sehr oft keinen Beweis erbringen können, augenscheinlich wohl fundiert sind."

Eine wichtige Untersuchung der sprachlichen Assoziationen bei Kranken der Dementia praecox-Gruppe verdanken wir **Pfersdorff** (421). Als Material dienten ihm spontane Äußerungen sowie Reaktionen bei Assoziationsprüfungen. Die Ergebnisse eignen sich nicht zu einer kurzen Wiedergabe.

Gamble und **Guibord** (167) haben eine Reihe von Assoziationsversuchen angestellt, um die Wirkungen der verschiedenartigen Reizworte auf die Reaktionszeit zu prüfen. Ihre, ausschließlich weiblichen, Versuchspersonen setzten sich aus 6 Lehrenden, 12 Studentinnen, 13 psychisch Kranken und 6 wenig gebildeten Personen zusammen. Die Zeitmessung erfolgte bei den ersten 2 Gruppen mit Hilfe des Chronoskops, bei den letzteren 2 mit Hilfe der 1/5″ Uhr. Es ergab sich folgendes: 1. Reizworte mit abscheuerregendem Inhalt rufen ebensolche Verlängerungen der R. Z. hervor wie unlustbetonte, 2. doppelsinnige Worte haben eine gewisse Neigung, die R. Z. zu verlängern, 3. ebenso wirken abstrakte Worte, 4. Reizworte aus dem Gebiet der optischen Vorstellungen haben kürzere R. Z. als solche aus den übrigen Sinnesgebieten, 5. die Länge des Reizwortes hat keinen Einfluß auf die R. Z.; Zeitworte geben längere R. Z. als Hauptworte. Ref. möchte nur kurz auf die mit seinen eigenen Erfahrungen übereinstimmende Beobachtung der Verf. hinweisen, daß Worte wie „Liebe" und ähnliche aus dem sexuellen Gebiet bei sämtlichen weiblichen, jugendlichen Versuchspersonen zu einer verlängerten R. Z. führen.

Franken (150) ist mit einigen methodischen Neuerungen an die Aussageversuche herangetreten. Er bemängelt an den früheren Arbeiten auf diesem Gebiet, daß die Aussage nur als Produkt des Intellekts, nicht auch als Willenshandlung betrachtet wurde. Es sind deshalb 3 Bedingungen zu stellen: 1. unwissentliches Verfahren, 2. mangelnde Erwartung der Kontrolle, 3. Ausschluß gegenseitiger Kontrolle der Versuchspersonen. Franken fragte sich: wie verhalten sich die Aussagen, wenn die Kontrolle nicht mit Bestimmtheit erwartet wird, keine gegenseitige Kontrolle möglich ist und der Wahrheitswille nicht vorausgesetzt werden kann. Unter den vielen Einzelproblemen greift Franken die Frage heraus: „Wie wirkt der Ehrgeiz, über



recht viel Schulwissen zu verfügen, auf die Aussage, deren Kontrolle nicht in Aussicht steht? Welche Einflüsse des Alters, Geschlechts usw. machen sich geltend?“ Die Arbeit zerfällt in Schulversuche und Laboratoriumsversuche. Bei den ersteren handelt es sich hauptsächlich um Schüler zwischen 7 und 13 Jahren, bei den letzteren wurden Lehrer, Lehrerinnen, Studenten und Studentinnen untersucht. Es handelte sich um die Beantwortung einer Reihe von Fragen aus den verschiedensten Schulgebieten. Über die Technik der Versuche muß das Original eingesehen werden. Die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit sind folgende: Personen mit vielen richtigen Antworten äußern in der Regel auch viele falsche, aber wenige unwahre Antworten. Personen mit vielen unwahren Antworten lassen sich meist auch viele falsche Aussagen zu schulden kommen. Gedächtnisumfang und Klassenleistung stimmen meist überein. Die formalen Gedächtniseigenschaften: Umfang, Bereitschaft (Dienstbarkeit) und Treue stehen untereinander meist in positiver Korrelation. Die Vielwisser sind in der Regel ehrgeiziger, aber auch wahrhaftiger als die Wenigwisser. Je bereitwilliger eine Person ihr richtiges Wissen äußert, desto weniger ist sie für gewöhnlich fähig, unwahre Antworten zu hemmen aus Ehrgeiz, viel zu wissen. Dagegen treffen treues Gedächtnis und relativ hoher Wahrheitswert häufig zusammen. Die Aussagewerte der Begabten nehmen durch Bedenkzeitverlängerung und Wiederholung bei kurzer Bedenkzeit stärker zu, dagegen durch Verkürzung der Bedenkzeit weniger ab als die Aussagewerte der Unbegabten. Durch die Wissentlichkeit des Verfahrens, noch mehr durch die Kenntnis der eigenen Fehler erfährt die Aussage eine Besserung. Nur der Gedächtnisumfang nimmt an der Erziehung der Aussage keinen Anteil.

Poppelreuter (441) hat durch eine Reihe von Versuchen (Ziehens Laboratorium) den Nachweis erbringen wollen, daß die Assoziationsexperimente mit sinnlosen Silben nach dem Erlernungs- und Trefferverfahren zur exakten Gewinnung elementarer Reproduktionsgesetze unzweckmäßig seien. Mit Recht weist er darauf hin, daß schon ein Unterschied zwischen dem gewollten Einprägen und dem bloßen aufmerksamen Durchlesen einer einfachen Silbenreihe sei. Er stellte bei seinen Experimenten fest, daß die Regelung der Assoziationen in großem Maße durch den Willen stattfinde.

Maeder (342) zitiert aus dem Werke der Gebrüder Marguerite Poum Stellen, um zu beweisen, daß in diesem Werke die Psychologie des Kindes genau dieselbe ist, wie sie aus den Analysen von Freud und Jung bekannt ist. Es geht deutlich die „Grausamkeit“ des Kindes aus manchen, wohl autobiographischen Erlebnissen hervor, die Eifersucht des Kindes auf den nachgeborenen Bruder, die große, des Mystischen nicht entbehrende Achtung vor dem Vater, die Verliebtheit in eine ältere Cousine. Auch die enorme Bedeutung des Phantasielebens beim Kinde ist richtig erkannt und an klaren Beispielen geschildert. (*Frankfurther.*)

Ranschburg (460), dem wir so zahlreiche und eingehende Untersuchungen über das Gedächtnis verdanken, gibt in einem klinischen Vortrag seine Auffassung von der Gedächtnisschwäche und von ihrer Behandlung wieder. Er macht darauf aufmerksam, daß dieses Leiden speziell in den intelligenten Klassen ungemein verbreitet ist, es bildet meist eine Teilerscheinung der zerebralen Neurasthenie, doch gibt es auch idiopathische, sogar familiäre Fälle. Unter den Ursachen hebt Ranschburg körperliche Schwächezustände, Verdauungsstörungen, unvollkommene Erholung des Organismus (Schlafmangel), Alkohol- und Tabakgenuß, übertriebene Geschlechtstätigkeit, körperliche Traumen (Schädel!) und schließlich die geistige Überanstrengung hervor. Unter den verschiedenen Formen der Gedächtnisschwäche unterscheidet er solche, bei denen schon die Auffassung erschwert war (Zerstreutheit),



ferner die Unfähigkeit, das neu erfaßte zu behalten, und schließlich die Störungen der Reproduktion. Es folgen einige Bemerkungen über die Art der Untersuchung (Ranschburgs Mnemometer), dann eine Besprechung der Prophylaxe und der Behandlung der Gedächtnisstörungen. Vor allem wird auf die Technik des Lernens Nachdruck zu legen sein; denn schon im Jugendalter kann das Gedächtnis schwer geschädigt werden. Die Behandlung wendet sich am besten zunächst dem Allgemeinzustande zu, dazu tritt die Beeinflussung der Gedächtnisstörungen selbst, die am besten an der Hand einer Scharfschleifung der Aufmerksamkeit, dann einer Übung der Reproduktion und schließlich einer formalen Übung der Lernfähigkeit selbst vor sich geht. Von der sog. „Gedächtniskunst" (Reventlow-Kothe u. a.) hält Ranschburg nur wenig. Auf die Einzelheiten der therapeutischen Hilfsmittel kann hier nicht eingegangen werden.

Robitsek (472) sieht in den von Kekule berichteten Visionen, die ihn zur Konzeption seiner Strukturtheorie brachten, einen schönen Beweis für die von Silberer beschriebenen autosymbolischen Phänomene, für die Erscheinung, daß neue Gedanken, neue Erkenntnisse von Natur zusammenhängen, sich unter bestimmten psychischen Bedingungen dem Bewußtsein zunächst in symbolischer Form zeigen können. Diese Träume müssen für Kekule eine besondere affektive Bedeutung gehabt haben, da er sie an solch einer Stelle und in solcher Ausführlichkeit vorbrachte. (*Frankfurther.*)

Bischoff (43) benutzte das Nachsprechen von Zahlen, um das mittelbare und unmittelbare Gedächtnis unter normalen Umständen und unter dem Einflusse der Ablenkung zu untersuchen. Es wird dabei die Zahl der richtig behaltenen Zahlen als Angabe und Maß für die Leistung verwendet. Als Ablenkung diente das Rückwärtszählen nach den Schlägen eines Metronoms. Zahlenreize haben dabei vor Ziffernreizen einen entschiedenen Vorteil, schon der größeren Variationsmöglichkeiten wegen. Besonders wertvoll ist die leichte Charakterisierung der Fehlerqualitäten, die Auslassungs-, Hinzufügungs- und Stellungsfehler sind, ferner freie und Iterationsfehler. Auch eine noch feinere Zeitmessung könnte zur Vervollkommnung der Methode angeschlossen werden. (*Frankfurther.*)

Bischoff (42) macht genauere Angaben über die Versuchsanordnung, die Vieregge auf seine Anregung hin zu seinen Versuchen über Merkfähigkeit, Auffassung und Ablenkbarkeit angestellt hat. Die Methode beruht in dem Nachsprechenlassen von Zahlen, das sofort, nach einer Minute und nach Ablenkung der Aufmerksamkeit vorgenommen werden muß. Man beginnt damit, indem man so viel Ziffern zum Nachsprechen wählt, daß die Vp. sie ziemlich sicher nicht nachsprechen kann, und geht dann allmählich herunter, so daß man in der Zahl der nachgesprochenen Ziffern ein einfaches Maß für die Güte der Leistung besitzt. Für eine Reproduktion nach einer Pause ist am besten der Zeitraum von 60 Sekunden zu wählen, da, wie Versuche ergeben haben, nach dieser Zeit die Wirkung der günstigsten Pause schon abzublassen beginnt, so daß die Resultate sich etwa ähnlich wie nach sofortiger Reproduktion zu verhalten pflegen. Besonders aber wurde dieser Zeitraum mit Rücksicht auf die Ablenkungsversuche gewählt, die diesen Zeitraum zur „Einstellung" von Vp. und Vl. benötigten. Es empfiehlt sich, mehr Zahlen als Ziffern vorzusprechen, da zwar die Reproduktionsmöglichkeit für Zifferreihen größer als für Zahlenreihen ist, gleichzeitig damit aber die Größe der Variationsbreite so wächst, daß die Resultate nicht mehr genügend exakt sind. Für Zahlen kommen auch die künstlichen Gruppierungen bei der Reizgebung nicht in Betracht, die das Resultat gleichfalls sehr wesentlich beeinflussen können. (*Frankfurther.*)



Der Aufsatz von **Morgenthaler** (386) ist lediglich ein zusammenfassendes Referat, das jedoch als übersichtlich und klar geschrieben durchaus empfohlen werden kann.

Vértes (600) hat unter der Leitung von Ranschburg vergleichende Gedächtnisuntersuchungen an Schülern der Elementar- und Mittel- (Real-) Schule ausgeführt, er untersuchte 70 Elementar- und 30 Realschüler. Es ergab sich, daß der Gedächtnisumfang der Realschüler größer ist (83 % zu 66 %); er wächst mit dem Alter, d. h. vom 6. bis 13. Jahre. Die Reproduktionsgeschwindigkeit der Realschüler ist größer, ihre Beteiligung an den kleinsten Zeiten (1,0—1,5″) beträgt 72 %. Die größten Zeitwerte (2,0″ und darüber) finden sich nur bei den Elementarschülern. In der Mehrzahl der Fälle ist der Zeitwert der falschen Reproduktion größer als bei der richtigen. Über das Verhältnis des Umfanges zu der Schnelligkeit der unmittelbaren Reproduktion läßt sich sagen, daß mit dem Kürzerwerden der Zeitwerte die entsprechenden Umfänge sich vergrößern.

Die Arbeit **Feilgenhauer**'s (134) stammt aus dem Bonner psychologischen Laboratorium. Die Untersuchungen der Geschwindigkeit der Aufmerksamkeitswanderung wurden auf akustischem, optischem und taktilem Gebiete angestellt, wobei als Reize das Überspringen des elektrischen Funkens in einem sog. Funkenzieherkasten, ferner das Aufleuchten einer bzw. zweier Geisslerscher Röhren, die verschieblich am Wundtschen Perimeter angebracht waren, und schließlich ein Induktionsstrom von verschiedener Stärke diente. Die Technik der Versuche und auch das Gesamtergebnis der Arbeit (auf S. 62) entziehen sich der Wiedergabe. Es sei nur gestattet, auf einige wichtige Punkte hinzuweisen. Wundts Annahme, „es sei möglich, innerhalb 0,1″ die Aufmerksamkeit wandern zu lassen“, glaubt Feilgenhauer widerlegt zu haben. Das Maximum der Geschwindigkeit, bei der noch eine sichere unmittelbare Auffassung der zeitlichen Vorgänge möglich ist, liegt bei 0,2″; das Intervall darf 1″ nicht übersteigen. Das für die richtige Zeitauffassung günstige Intervall liegt zwischen 0,5—0,6″. Das aus früheren Arbeiten bekannte Intervall von $^1/_3$″ betrachtet Feilgenhauer als das Maß des Aufmerksamkeitsschrittes. Bei Versuchen mit mehreren Reizen wurde festgestellt, daß, wenn die Aufmerksamkeit mit den einzelnen Reizen mitzugehen vermochte, ein Lustgefühl sich einstellte, während bei rascher oder zu langsamer Aufeinanderfolge das Gegenteil der Fall war.

Bobertag (52) geht jetzt auf das Gesamtergebnis seiner Untersuchungen mit der Binet-Simonschen Intelligenzprüfungsmethode ein, indem er auch die Zensurenstatistik der Kinder mit heranzieht. Die Ergebnisse, die nicht im einzelnen angeführt werden können, stehen im großen und ganzen in genügend großer Übereinstimmung miteinander und mit den Forderungen der Schulpraxis, um den Wert der Methode zu beweisen. Es wird ferner eine Anzahl Aufgaben präzisiert, die mit der Prüfung des einzelnen Kindes nichts zu tun haben, die sich aber gleichfalls durch Anwendung der Methode bearbeiten lassen; dahin gehören die Forderung einer bestimmten Prozentzahl (75 %) richtiger Lösungen einer Aufgabe, wenn diese Aufgabe als charakteristisch für die Leistungsfähigkeit einer bestimmten Gruppe angesehen werden soll, ferner die prozentuale Verteilung der verschiedenen Schulnoten, die Gültigkeit der Gaußschen Fehlerkurven für die Verteilung der Begabungsgrade und der Schulnoten, die Gesetzmäßigkeiten im Gang der intellektuellen Entwicklung normaler und schwachsinniger Kinder. (*Frankfurther.*)

Suter (569) prüfte die Beziehungen zwischen Aufmerksamkeit und Atmung. Er bediente sich eines Kimographen, sowie zweier Lehmannscher Pneumatographen in Verbindung mit zwei Mareyschen Tambouren. Die



Aufmerksamkeitsspannung wurde durch Lesen, Vorlesen, durch Rechnen, mittelbares und unmittelbares Behalten, sowie durch Darbietung von Gesichts- und Gehörseindrücken beeinflußt, dabei wurden die Aufgaben der Schwierigkeit nach abgestuft, was meist eine Abstufung der Aufmerksamkeit zur Folge hatte. Suter faßt seine Ergebnisse zum Schluß folgendermaßen zusammen: Die Aufmerksamkeitserlebnisse sind von Spannungen der Muskulatur begleitet. Die Graphik der Atmung weist eine spezifische Beeinflussung der Atmung durch dieselben nach. Diese Beeinflussung bezweckt eine Hemmung aller jener Momente, welche störend wirken können für den Vollzug feiner psychischer Leistungen, zu welchen die Konzentration auf gewisse und die Fixation gewisser Vorstellungen und nur dieser gehört. Gleichzeitig wird dadurch eine Konstanz der körperlichen Verhältnisse herbeigeführt, welche günstig für die Aufmerksamkeitsleistung ist. Die Merkmale der Atemkurve unter dem Einflusse der Aufmerksamkeit sind folgende: 1. der Quotient J:E verkleinert sich; 2. die Form der Inspiration und der Exspiration vergradet sich; 3. die Übergänge werden spitzer. Das sind Änderungen der Atmungskurven, welche unter dem Einfluß der Aufmerksamkeit sehr deutlich in die Erscheinung treten. Als weniger deutlich sind die Änderungen von Atmungslänge und Atmungshöhe zu bezeichnen, wenn man zunächst von Änderungen bei maximaler Hemmung absieht. Wir fanden, daß 4. die Atmungslänge bei niederen Graden der Aufmerksamkeit auf Verkleinerung tendiert, und daß 5. mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von einer Tendenz zur Verkleinerung der Atmungshöhe gesprochen werden kann. 6. Im extremsten Falle der Hemmung reduziert sich die Höhe auf Null, die Länge erreicht ein Maximum, welches der Dauer des Erlebnisses entspricht, der Quotient zeigt das Minimum Null und die Form entspricht annähernd einer Geraden. Dies ist die vollständige Hemmung der Atmung. Der letztere Fall ist vielleicht das Optimum für die Aufmerksamkeitsleistung.

Weiss (615) teilt einen Fall von Vergessen mit, bei dem er zweimal ein Buch zu Hause liegen ließ, das er einem Bekannten zu leihen versprochen hatte, der ihm aber vor längerer Zeit geborgtes Geld schuldig geblieben war. Das Vergessen erfolgte, obwohl der Verf. als Kenner der Psychoanalyse darauf vorbereitet war und besondere Sorgfalt angewendet hatte. (*Frankfurther.*)

Rorschach (477) teilt den Fall eines Mannes mit, der wegen unzüchtiger Handlungen an minderjährigen Mädchen angeklagt war, und bei dem die Analyse eine starke unbewußte Libidoeinstellung gegenüber der Schwester ergab. Der Komplex drängte sich im Laufe der Untersuchung wie von selbst durch, und nachdem er einmal klargelegt war, häuften sich eine Anzahl Kindheitserinnerungen, die über die sexuellen gegenüber der Schwester keinen Zweifel ließen. Bemerkenswert war, daß Patient den Namen der Schwester, allerdings inbezug auf eine andere Person „vergessen" hatte. Auf Grund der Resultate der Psychoanalyse wurde der Patient gutachtlich als Neurotiker mit vorwiegend kindlicher Sexualität behandelt und erhielt eine beträchtliche Strafmilderung. (*Frankfurther.*)

Sartorius (495) untersuchte die Gefühlswirkung von Akkordfolgen in ihrer Einwirkung auf die respiratorische Kurve. Sowohl die Gefühlswirkung dieser Akkordfolgen wie die durch sie erzeugten Änderungen der Atmungskurve lassen sich nicht nach der Lust- oder Unlusttheorie, wohl aber erschöpfend nach der dreidimensionalen Gesichtstheorie analysieren. Für die sechs Hauptrichtungen werden typische Kurvenbilder aufgestellt, die sich in Höhe, Breite, Raschheit des Aufstieges und Abfalls unterscheiden. In der Pulskurve dagegen treten nur Erregung und Beruhigung rein hervor, während sich bei Mischungen eine bestimmte Art des Pulses nicht feststellen ließ. (*Frankfurther.*)



Hellmuth (209) teilt einige Beispiele von Verlesen und Verschreiben mit. So schrieb sie häufig Frazösich statt Französisch, weil sie sich gerade in der französischen Stunde öfter als „Klassenfratz" benommen hatte, konnte das Wort Karl nicht schreiben, weil dies der Name eines Onkels und eines Knaben war, mit denen sie nicht verkehren durfte. Aber auch sexuelle Erinnerungen schlossen sich an die Verdrehungen dieses Namens. (*Frankfurther.*)

Mikulski (381) stellte Auffassungs- und Merkversuche mit dem Pendeltachystoskop an Gesunden und Kranken an, indem er besonders das Gefühl der Sicherheit dabei berücksichtigte.

Seine Schlußergebnisse sind: Die Zahl der überhaupt aufgefaßten Buchstaben schwankt in weiten Grenzen, beträgt bei den Gesunden durchschnittlich mehr als drei, bei den Kranken weniger als drei auf einer Karte. Gesunde Personen fassen durchschnittlich drei und mehr Buchstaben richtig auf, während dies bei den Kranken nur ausnahmsweise vorkommt. Die höchste Auffassungsleistung bilden für die Gesunden im allgemeinen bei Auffassungsversuchen sechs, bei Merkversuchen sieben Buchstaben, doch kommen einzelne Versuche vor, bei denen sogar alle neun Buchstaben angegeben werden. Die sehr selten erreichte Höchstleistung bei Kranken betrug sechs Buchstaben. Die Höchstzahl der richtig aufgefaßten Buchstaben beträgt für die Gesunden sechs, in einzelnen Fällen sieben uud acht, bei den Kranken fünf, nur einmal sechs. Die Mindestzahl der aufgefaßten Buchstaben beträgt 74 mal bei Kranken, 10 mal bei Gesunden. Bei den Merkversuchen bringen sowohl Gesunde wie Kranke fast immer mehr Gesamtangaben vor, als bei den Auffassungsversuchen. Die Fehler pflegen aber stärker zuzunehmen als die richtigen Wahrnehmungen. Die Unsicherheit nimmt in der Regel zu. Die Prozentzahl der unsicheren Angaben ist bei den Gesunden auffallend höher als bei den Kranken, das Gefühl der Sicherheit bei den Gesunden zuverlässiger. Für die einzelnen Versuchspersonen ist die Zahl der überhaupt aufgefaßten und das Verhältnis der richtig erkannten Buchstaben, ferner der Prozentsatz der sicheren Wahrnehmungen und endlich der Anteil der richtigen Auffassungen unter den sicheren wie unter den unsicheren in hohem Grade kennzeichnend. (*Frankfurther.*)

Peters (417) stellte im Assoziationsversuch seiner Versuchsperson die Aufgabe, auf das Reizwort mit einer Erinnerung an ein persönliches Erlebnis zu reagieren. Dabei wurde durch nachträgliches Befragen noch besonders der Gefühlston des erinnerten Erlebnisses festgestellt; ebenso das Alter und die Häufigkeit. Die Reizvertus, die keine Erinnerungen zu wecken vermochten, waren an Zahl nur gering. 80 % der erinnerten Erlebnisse waren beim Erleben gefühlsbetont, 16 % indifferent und 4 % fraglich. Von den Gefühlsbetonten waren etwa $^2/_3$ beim Erleben lustbetont, die unlustbetonten dagegen sind zahlreicher als die indifferenten Erlebnisse. Am häufigsten wurden alte Erlebnisse erinnert, die mehr Lustbetonung, weniger Unlustbetonung und weniger Indifferenz aufweisen, als die jungen Erlebnisse. Die einmaligen Erlebnisse wurden öfter als die häufigen erinnert, doch liegt das wohl daran, daß sie auch an sich häufiger sind. Vor dem Versuche waren die Unlusterlebnisse am häufigsten erinnert worden. Es zeigt sich hierin die Wirkung, die die persönliche Bedeutung des Erlebnisses für den Erlebenden besitzt. Diese persönliche Bedeutung gibt den gefühlsbetonten Erlebnissen den Vorrang vor den indifferenten beim Erinnern. Auch die Aufmerksamkeit mag dabei beteiligt sein. Das Überwiegen der lustbetonten Erlebnisse liegt daran, daß die unlustbetonten Erlebnisse von



geringerer Bedeutung wenige Chancen haben, erinnert zu werden, als die lustbetonten Erlebnisse von der gleichen Bedeutung. Dies beruht auf jenem hemmenden Faktor für die Erinnerung unlustbetonter Ereignisse, dessen Effekt eine Verminderung der Unlust im Bewußtsein ist.

Die Erinnerung selbst war in 50 % der Fälle gefühlsbetont, in 43 % der Fälle indifferent. Auch hier waren fast $^2/_3$ lustbetont, etwa $^1/_3$ unlustbetont. In der Gesamtheit der Erinnerungen aber stehen die indifferenten an erster Stelle, dann folgen die lustbetonten, zuletzt die unlustbetonten Erinnerungen. Der Gefühlston ist bei den lustbetonten Erlebnissen etwas häufiger konstant als bei unlustbetonten, bei denen häufiger eine Verschiebung des Gefühlstones eintritt. Unlustbetonte Erlebnisse sind beim Erinnern häufiger indifferent als lustbetonte. Die Versuche sprechen, wenn auch nicht für das Bestehen einer Tendenz zur Vermehrung der Lust („Erinnerungsoptimismus"), doch für das Vorhandensein einer Tendenz der Unlustverminderung. Die Reaktionszeit der unlustbetonten Erlebnisse ist am größten. Bei Reproduktionsversuchen wurden die unlustbetonten Erlebnisse am seltensten richtig reproduziert. Bei Häufung mehrerer Erinnerungen bei einem Reizwort sind gefühlsbetonte unter den Sekundärerinnerungen ebenso häufig wie unter den Primärerinnerungen, und auch die Zahl der lust- und unlustbetonten Erlebnisse ist bei den Sekundärerinnerungen ungefähr dieselbe, wie bei den Primärerinnerungen. Mehr als $^1/_3$ der Erinnerungen hingen mit den mittelbar oder unmittelbar vorausgegangenen Erlebnissen des Versuchstages irgendwie zusammen. Betrachtet man eine Reihe von zusammenhängenden Teilerlebnissen als Komplexe, so sind unter diesen Komplexerlebnissen mehr unlustbetonte und weniger lustbetonte als unter den Erlebnissen, die außerhalb der Komplexe stehen. Unter den Erinnerungen an Komplexteile sind weniger indifferente als unter den Erinnerungen, die nicht zu Komplexen gehören, häufiger dagegen unlustbetonte. Die Komplexerlebnisse erhalten in weit höherem Maße ihren Gefühlston konstant. Es konnten sechs Arten von Komplexen unterschieden werden, Aktualitätskomplexe, Erwartungs-, Furcht-, Wunsch-Komplexe, Komplexe des Unbefriedigtseins und eine Gruppe nicht weiter einreihbarer Komplexe. Die ersten fünf Gruppen haben das gemeinsame, daß es in gewissem Sinne unabgeschlossene Erlebnisse sind. Bei den Erlebnissen, die außerhalb der Komplexe stehen, sind die Erlebnisse von mittlerem Alter und die alten Erlebnisse häufiger lustbetont, weniger häufig unlustbetont und indifferent, als die jungen Erlebnisse. Soll das Erinnern von Erlebnissen, die zu einem unlustbetonten Komplex gehören, unterdrückt werden, so erinnert die Versuchsperson mehr unlustbetonte Erlebnisse außerhalb der Komplexe als unter den gewöhnlichen Versuchsbedingungen. Unter den Versuchspersonen lassen sich gewisse Typen unterscheiden, von denen die einen mehr zur Erinnerung unlustbetonter Erlebnisse neigen, als die andern. Bei diesen blieb auch der Gefühlston unlustbetonter Erlebnisse mehr konstant, und sie erinnerten mehr an Komplexerlebnisse, doch ist das häufigere Auftreten der unlustbetonten Erlebnisse nicht ausschließlich durch die Komplexerlebnisse bedingt. Es besteht bei diesen Personen nur eine geringe Tendenz zur Unlustverminderung, was das freiere Ziel vieler unlustbetonter Erlebnisse, unlustbetonter Erinnerungen, die Konstanz der Unlustbetonung und die Häufigkeit der Komplexe verständlich macht. (*Frankfurther.*)

Radziwillowicz (455) bespricht in einem längeren Vortrag die physiologische Grundlage der Aufmerksamkeit. In einem jeden Momente des psychischen Lebens besteht eine alternierende Funktion der rezeptiven und der reproduktiven Phase des Bewußtseins, welche miteinander durch den



Akt der Aufmerksamkeit verbunden sind. Die Aufmerksamkeit drückt das Verhältnis des Objektes zum Subjekte aus und stellt den Kern der auswählenden Tätigkeit des Bewußtseins dar. Das physiologische Substrat ist hier bedingt durch die Suppremation der früher entstandenen Gehirnterritorien durch die später entstandenen, d. h. durch das Überwiegen der Funktion des Pallium cerebri über den übrigen Gehirnregionen. Die Evolution im Bau muß auch eine Evolution in der Tätigkeit begleiten. Von der Natur aus besteht ein Überwiegen in der Funktion der sich früher entwickelnden Gehirnpartien; und erst durch systematische Übung geschieht eine Umkehr dieser natürlichen Reihenfolge. In erzieherischer und therapeutischer Hinsicht gebührt den Aufmerksamkeitsübungen eine außerordentlich große Bedeutung; besonders wichtig ist in den asthenischen Zuständen das Überwinden der inneren und äußeren Hindernisse. (*Sterling.*)

Psychologie komplexer, normaler und pathologischer Vorgänge.

Gregor (184) hat Versuche über das Verhalten des psychogalvanischen Phänomens gemacht. Er schätzt die diagnostische Bedeutung nicht so hoch ein, wie Veraguth; so ist beispielsweise die organische von der funktionellen Analgesie nicht ohne weiteres zu unterscheiden. Er erörtert ferner die Anwendbarkeit der Methode für die Tatbestandsdiagnostik und kommt zu dem Ergebnis, daß sie sowohl dem Sommerschen Zitterapparat, als auch dem einfachen Assoziationsexperiment, die er vergleichsweise anwandte, überlegen ist.

Gregor will keine abgeschlossenen Ergebnisse vorbringen, sondern nur zeigen, daß hier ein weites Arbeitsfeld vorliegt, das sich vielfach mit praktischen Interessen berührt.

Auch **Kläsi** (281) beschäftigte sich mit dem psychogalvanischen Phänomen, das er in der früher von Binswanger (vgl. diesen Jahresbericht Bd. XII S. 932) geschilderten Art und Weise im Anschluß an das Assoziationsexperiment prüfte. Er kommt zu folgenden Ergebnissen: Der galvanische Ausschlag ist nicht etwas Zufälliges, er ist durch affektive Vorgänge bestimmt. Wird ein Reiz, der einen großen Ausschlag ausgelöst hat, in nicht zu kurzen Zeitabständen unter den gleichen Bedingungen wiederholt, so tritt mit einer Wahrscheinlichkeit von 72 bis 76% wieder ein großer Ausschlag auf. Die Summe der gesamten galvanischen Ausschläge nimmt bei Wiederholungen des gleichen Experimentes allmählich ab. Tritt nach einem Reizwort ein großer galvanischer Ausschlag auf, so nimmt dieser bei der Wiederholung des Reizes ebenfalls allmählich ab, nachher aber wieder zu. Die Raschheit, mit der er sich der Nullreaktion nähert, dann aber wieder das Mittel übersteigt, hängt von der Größe des primär ausgelösten Affektes ab. Ein Reizwort ist um so sicherer von einem galvanischen Ausschlag gefolgt, und dieser ist um so größer, je mehr andere Komplexmerkmale bei der Reaktion auftreten. Einzelne Komplexmerkmale, abgesehen vom galvanischen Ausschlag, kommen häufiger vor bei Assoziationen, welche großen Ausschlägen direkt folgen, als bei solchen, welche selbst von einem großen Ausschlag begleitet sind. Große Ausschläge können in Wiederholungsversuchen nach solchen Reizwörtern primär auftreten, welche großen Ausschlägen folgen, gerade deshalb aber früher nicht aufgefaßt worden sind, oder nach solchen, welche Assoziationen und Vorstellungen anregen, die mit denjenigen von Reizwörtern mit großem Ausschlag in Beziehung stehen.

Abraham (3) erwähnt als klassisches Beispiel der bestimmenden Wirkung des Namens den in Goethes Wahlverwandtschaften geschilderten „Mittler"



dessen selbstgestellte Lebensaufgabe im Schlichten von Streitigkeiten bestand. Auch der Träger eines berühmten Vornamens wird dem entsprechenden Manne besonderes Interesse entgegenbringen, oder sich ihn zum Vorbild nehmen. So verfaßte der Historiker Ottokar Lorenz eine Geschichte König Ottokars von Böhmen. (*Frankfurther.*)

Silberer (531) unterscheidet unter den Kategorien der Symbolik zunächst die bekannte typische aus Gründen der Verdrängung, ferner jene, bei denen die Rücksicht auf die Darstellbarkeit das wirksame zu sein scheint. Zu diesen gehören die eigentümlichen hypnagogischen Halluzinationen, die Verf. autosymbolische Phänomene nennt. Es wird durch die halluzinatorische Erscheinung gewissermaßen automatisch ein adäquates Symbol für das im betreffenden Augenblick gefühlte oder gedachte hervorgebracht. Alle jene psychischen Erscheinungen, bei denen Bewußtseinsinhalte in die anschauliche Form von Bildern, bildmäßigen Handlungen und Phantasien gegossen werden, können durch ihre Symbolik sowohl Gedankeninhalte ausdrücken, als auch den Zustand und die Tätigkeit des denkenden Bewußtseins zur Darstellung bringen. Im ersteren Falle spricht der Verf. von der materialen, im zweiten von der funktionalen Kategorie der Phänomene. Es kommen ferner noch somatische Phänomene vor, bei denen sich in den autosymbolischen Halluzinationen somatische Zustände oder Vorgänge widerspiegeln. Im Einzelfalle sind die Kategorien natürlich mannigfach gemischt. (*Frankfurther.*)

Die zwei Prinzipien des psychischen Geschehens sind für **Freud** (162) das Realitätsprinzip und das Lustprinzip. Nachdem der Versuch des psychischen Apparates fehlgeschlagen war, eine Befriedigung der inneren Bedürfnisse durch halluzinatorische Setzung des Gewünschten zu erreichen, mußte er sich entschließen, die realen Verhältnisse der Außenwelt vorzustellen und die reale Veränderung anzustreben. Es entwickelten sich damit Bewußtsein, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, an Stelle der Verdrängung trat die unparteiische Urteilsfällung, und die motorische Abfuhr, die zur Entlastung des seelischen Apparates von Reizzuwächsen gedient hatte, wurde zum zweckmäßigen Handeln. Mit der Einsetzung des Realitätsprinzips aber wurde eine Art Denktätigkeit abgespalten, die von diesem Prinzip freigehalten wurde und ausschließlich dem Lustprinzip unterworfen blieb, das Phantasieren. Während diese Entwicklung sich langsam vollzieht, lösen sich die Sexualtriebe ab, die durch Autoerotismus und Latenzperiode in ihrer psychischen Entwicklung aufgehalten werden und länger unter Herrschaft des Lustprinzips verbleiben. Dann stellt sich eine nähere Beziehung zwischen Sexualtrieb und Phantasie einerseits, den Ichtrieben und den Bewußtseinstätigkeiten andererseits her. Die Ersetzung des Lustprinzips durch das Realitätsprinzip bedeutet keine Absetzung des ersteren, sondern eine Sicherung, deren konsequenteste Verfolgung die Religion darstellen mit ihrem absoluten Lustverzicht im Leben gegen Versprechen einer Entschädigung im künftigen Dasein. Eine Überwindung des Lustprinzips dagegen gelingt am ehesten der Wissenschaft. Die Erziehung stellt eine Anregung zur Überwindung des Lustprinzips dar, die Kunst bringt eine Versöhnung beider Prinzipien zustande. Der befremdenste Charakter der unbewußten verdrängten Vorgänge ergibt sich daraus, daß bei ihnen die Realitätsprüfung nichts gilt, die Denkrealität gleichgesetzt wird der äußeren Wirklichkeit. (*Frankfurther.*)

Für **Rank** (457) liegt die Erklärung der Griseldafabel in dem Wunsche des Vaters, seine alte und für ihn reizlos gewordene Frau mit der jüngeren Tochter zu vertauschen, also in der erotischen Neigung des Vaters zur Tochter. Gerade weil dies die eigentliche Motivierung der Sage ist, mußten bisher alle Motivierungsversuche gekünstelt und unbefriedigend ausfallen.



Die krasse Ausgestaltung im Sinne der Grausamkeit des Mannes und der großen Unterwürfigkeit des Weibes ist erst als sekundäre Bildung anzusehen. Manche Bearbeiter haben denn auch die Eignung des Stoffes zur Durchführung inzestuöser Regungen wenn auch nicht im Sinne der alten Sage gefühlt. (*Frankfurther.*)

Hitschmann (226) sieht in der Wassermannschen Novelle „Schläfst Du Mutter“ ein autobiographisches Jugendwerk, das deutlich alle von Freud hervorgehobenen Eigenschaften der kindlichen Psyche aufweist, das Phantasieren, die Tagträume, die aus dem Spiele des Kindes hervorgehen, die Beschäftigung mit Ehrgeiz und Liebe, das Problem des Ursprungs der Kinder und das Ringen mit dem Ödipuskomplex. (*Frankfurther.*)

Frankfurther (151) hat im psychologischen Laboratorium Kraepelins Arbeitsversuche mit der Schreibmaschine angestellt. Er selbst diente als Versuchsperson und untersuchte zunächst die unkomplizierte Gestaltung der Arbeit unter dem Einfluß der Übung, ferner die Wirkung der verschiedenen Faktoren. Neben den objektiven Ergebnissen notierte er jedesmal seine subjektiven Anschauungen über den Wert der geleisteten Arbeit, wobei es ihm auffiel, daß dieses Urteil nur sehr selten richtig war. In folgenden Schlußsätzen faßt Frankfurther seine Arbeit zusammen: „1. Beim Erlernen des Maschinenschreibens wächst die Übung anfänglich stark, dann etwas langsamer und ziemlich regelmäßig. Erst nachdem eine gewisse Übung erreicht ist, beginnt ein schwankender Verlauf der Übungskurve. 2. Nach längerer Übung der rechten Hand beginnt die linke die Arbeit mit einer unerwartet hohen Leistung und zeigt einen rascheren Übungsfortschritt als die rechte Hand. Es scheint, daß durch Übung der rechten Hand gleichzeitig eine gewisse spezielle Einübung der linken Hand stattfindet. 3. Körperliche Arbeit steigert die Leistung auf der Schreibmaschine unter Vermehrung der Fehler. 4. Einstündige geistige Arbeit setzt die Schreibleistung unter Vermehrung der Fehler vorübergehend herab. 5. Alkohol bewirkt eine Herabsetzung der Schreibgeschwindigkeit unter sehr starker Vermehrung der Fehler. 6. Durch Tee kann die Ermüdungswirkung einer vorhergehenden Arbeit fast völlig aufgehoben werden, wobei noch eine geringere Neigung zu Fehlern besteht. 7. Durch Koffein kommt eine Steigerung der Schreibleistung zustande, während sich die Fehler vermehren.“

Ferenczi (135) versteht unter Introjektion die Ausdehnung des ursprünglich autoerotischen Interesses auf die Außenwelt durch Einbeziehung deren Objekte in das Ich. Diese Ichausweisung, diese Introjektion ist der Mechanismus jeder Übertragung auf ein Objekt, also jeder Objektliebe. Bei der Exteriorisation Mäders dagegen, d. h. die Identifizierung der einzelnen Organe des Körpers mit Gegenständen der Außenwelt, handelt es sich nur um einen Spezialfall des Introjektionsmechanismus. Verschieden davon ist die paranoische Projektion, bei der einem Teile der psychischen Persönlichkeit selbst die Zugehörigkeit zum Ich entzogen und, da es doch nicht aus der Welt geschafft werden kann, als etwas Objektives, Ichfremdes behandelt wird. Wahrscheinlich weil die exteriorisierenden Paranoiker, die immerhin ein, wenn auch verschobenes Interesse an den Dingen der Außenwelt nehmen, die also noch introjizieren, den Neurotikern näher und therapeutisch günstiger zu beurteilen sind. (*Frankfurther.*)

Urban (593) veröffentlicht Hilfstabellen, die in der Auswertung psychophysischer Resultate nach der Konstanzmethode, die Rechenoperationen abkürzen und vereinfachen. (*Frankfurther.*)

Störring (567) stellte Schwellenversuche über Bewegungsempfindungen an, bei denen im Unterschiede von Goldscheider Druckempfindungen

nicht ausgeschaltet und Bewegungs- und Sehnenempfindungen in ihrer Mitwirkung nicht beeinträchtigt sind. Die Schwelle betrug für das Ellenbogengelenk $^1/_{200}{}^0$. Bei starker Übung und Erholung sinkt die Schwelle. Bei den Schwellenwerten haben die Versuchspersonen den Eindruck der Bewegung nur in der Hand. Bei Bewegung des Ellenbogens und erst bei 15facher Größe tritt der Eindruck von Bewegung des ganzen Armes auf. Auch bei aktivem Gegendruck ändert sich die Lokalisation des Bewegungseindrucks. Anhaltspunkte für das Vorhandensein einer Bewegung gibt zunächst ein Bewegungseindruck mit oder ohne Lokalisation, dann Druckempfindungsänderungen; diese werden durch Erfahrung gedeutet, so daß sich an sie die Vorstellung einer bestimmten Bewegung anschließt. Diese sind bei Extensionen anders als bei Flexionen. Werden die Bewegungen so klein, daß Muskel-, Sehnen- und Gelenkempfindungen keinen Eindruck mehr geben, so können doch im Schwellengebiet, z. B. bei Flexionen, auch Druckempfindungsänderungen auftreten, die für die Flexion charakteristisch sind und sich mit der Vorstellung einer solchen Bewegung assoziiert haben.

Bei überschwelligen Bewegungen wirkt der starke Anstoß im Sinne der Überschätzung der durchlaufenen Strecke, während der sehr starke Anstoß den Bewegungseindruck verdeckt. Bei motorischer Einstellung tritt eine Unterschätzung der Strecke gegenüber sensorischer ein. Bei Dauerimpulsen wird die Strecke gegenüber dem Durchlaufen mit Momentenimpulsen überschätzt. Die Steigerung der Geschwindigkeit wirkt nicht einheitlich, eine Beschleunigung dagegen vergrößert den Streckeneindruck. Jedenfalls beruhen unsere Bewegungsschätzungen nicht auf Schätzung der Geschwindigkeit und Dauer. Aktive Bewegungen erhalten sich bei gewissen Geschwindigkeiten anders als passive. Es wurden ferner Kraftempfindungen bei isometrischer Arbeit am Dynamographen untersucht. Die relative Unterschiedsempfindlichkeit beträgt $^1/_{21}$ im Durchschnitt. (*Frankfurther.*)

Urban (592) weist darauf hin, daß tatsächlich die auf farbiges Papier gedruckten Logarithmen, wie sie die französische Armee herausgibt, eine Ersparnis an Zeit und Mühe gewährleisten. Auch sonst könnten noch Änderungen vorgenommen werden, deren Wert durch psychologische Methoden und Versuche bestimmt und bewiesen werden kann. Typen und Zwischenräume dürfen nicht in der Größe wechseln. Es empfiehlt sich ferner die Annahme der Einteilung des rechten Schenkels in 100 statt in 90°. (*Frankfurther.*)

Auch **Hollingworth** (235) hat Schreibmaschinenversuche teils unter normalen Bedingungen, teils unter Koffeinwirkung angestellt. Als Versuchsperson diente eine 38jährige Dame, die im Maschinenschreiben bereits eine beträchtliche Übung besaß. Es erwies sich, daß die Leistungen durch kleinere Gaben (0,06 bis 0,18) gesteigert, durch größere Dosen (0,24 bis 0,36) herabgesetzt wurden. Die durch die Zahl der korrigierten und nichtkorrigierten Fehler charakterisierte Qualität der Leistung wurde durch sämtliche Koffeingaben verbessert. (Dieses Ergebnis befindet sich im Widerspruch mit der oben referierten Arbeit von Frankfurther, was auf die Bedeutung der individuellen Veranlagung und auf eine Verschiedenheit der Reaktion gegenüber dem Alkaloid hinweisen dürfte. Der Ref.)

Gruhle (189) untersuchte besonders die Einzelkurve der willkürlichen Muskelzuckungen am Ergographen. Die ergographische Einzelprüfung unterscheidet sich von der gewöhnlichen isotonischen Muskelzuckung dadurch, daß sie nicht Zuckung eines Muskels, sondern einer nicht nur gleich zusammengesetzten Gruppe ist, daß sie willkürlich und nicht völlig entsprechend elektrisch hervorrufbar ist, und daß sie nur eine Überlastung, oft eine An-



schlagszuckung ist. Die Höhe der Zuckungen nimmt im Laufe einer Kurvenreihe ab, die ersten Kurven einer jeden Reihe zeigen meistens eine fortschreitende Zunahme der Höhe, und außerdem kommt (selten) sekundäres Aufsteigen vor. Es müssen folgende Einzelteile der Kurve berücksichtigt werden: Breite, Anstiegsbreite, Abstiegsbreite, Ordinate nach $^1/_2$, $^2/_2$, $^3/_2$ Zeiteinheiten Gipfelhöhe, Ordinate nach $^1/_2$ Einheit nach dem Gipfel, Flächeninhalt. Die Steilheit des Aufstieges nimmt beständig und beträchtlich ab, ebenso wie die Höhe, doch zeigen die ersten Kurven für beide Werte das entgegengesetzte Verhalten. Der Anstieg jedes Ergogramms zeigt eine zuerst langsame, dann immer schneller ansteigende Linie, die erst kurz vor dem Gipfel wieder flacher verläuft. Die Steilheit des Abfalls nimmt allmählich zu, doch scheint dieser Zunahme wieder eine Abnahme, ein Flacherwerden zu folgen. Die Kurven werden nach einer anfänglichen Abnahme allmählich nur breiter. Daran sind im wesentlichen die Anstiegsbreiten beteiligt, während die Abstiegsbreiten entweder abnehmen oder sich allenfalls gleichbleiben. Nur die Anstiege der ersten Zuckungen sind breiter als die der folgenden. Die Abstiegsbreite der ersten Kurve ist in allen Reihen die längste; die Versuchsperson ist also nicht imstande, nach den ersten Kontrakturen das Gewicht sofort wieder fallen zu lassen. Die erste Kurve hat die weitaus größte Fläche, dann findet sich ein steiler Abstieg, und ein allmähliches Sinken der Werte schließt sich an, das aber in jeder Reihe durch einen kurzen, aber nicht unbeträchtlichen Anstieg unterbrochen wird, in derselben Gegend, in der auch die Abfallsbreite wieder etwas wächst. Bei freiwilliger rhythmischer Muskelarbeit des Ergographen mit 4 kg und dem Rhythmus von 1 Sekunde zeichnet sich also die Einzelhebung als eine gleichmäßige Kurve, deren Anstieg sanft gekrümmt ist, die Steilheit zuerst gering ist, dann rasch zunimmt und vor dem Gipfel wieder niedriger wird. Die leichte Krümmung des Gipfels geht in den zuerst flachen, schnell aber steiler werdenden Abfall über, der nun einer gewöhnlichen Fallkurve gleicht. In der fortlaufenden Ziehungsreihe zeigt die Einzelkurve die oben zusammengestellten Veränderungen, von denen aber die ersten Ergogramme auszunehmen sind, da sie sich z. T. direkt gegensätzlich verhalten. Durch die Übung scheinen die Höhen zuzunehmen, ebenso die Steilheit des Anstieges, die Breite dagegen scheint abzunehmen. Die unter Alkoholwirkung ausgeführten Reihen, die allerdings einen etwaigen Übungsvorteil hatten, zeigten größere Höhen, kürzere Treppen, flacheren Anstieg, größere Breite, was namentlich an der größeren Anstiegsbreite liegt, höhere Flächenwerte. So dürfen die Resultate auch nicht verallgemeinert werden, um so mehr, als die Ergebnisse einer zweiten Versuchsperson nicht genau damit übereinstimmen. Es zeigt sich aber, daß die frühere Meinung, die muskulären Leistungen nehmen im Beginne jeder Ermüdungsreihe zu, nur zutrifft, solange man lediglich gewisse Qualitäten der Arbeitsleistung wie Hubhöhe und geleistete Geschwindigkeit im Auge hat. Die wirkliche an den Flächenwerten gemessene Arbeit nimmt von Anfang an ab. Die Treppe ist vielleicht durch die Trägheit der peripheren Organe bedingt, die übrigen Unterschiede zwischen den ersten Kurven und den folgenden aber vielleicht durch die anfängliche Schwerfälligkeit des Zentrums. Die anfänglich breiten Kurven lassen sich vielleicht auf ein gewisses Ungeschick der Versuchsperson zurückführen, die gestellte Aufgabe vom Vermehren richtig auszuführen. (*Frankfurther.*)

Die Methode, welche **Chojecki** (72) für die objektive Messung der Willenskraft vorschlägt, beruht auf dem Messen der Fähigkeit, die Aufmerksamkeit auf einer und derselben Vorstellung zu fixieren. Es werden dazu Zeichnungen, wie ein Umriß, der zwei Bilder umfaßt, gebraucht. Für das



Maß der Willenskraft wählt der Verf. das Verhältnis der Zeitdauer eines willkürlich fixierten Bildes zur Zeitdauer des antagonistischen Bildes.

(*Sterling.*)

Decroly (92 und 93) bespricht in 2 Aufsätzen die Psychologie des Zeichnens und die Entwicklung der Zeichenfertigkeit beim Kinde. Nachdem er die psychologischen Elemente des Zeichnens besprochen, erörtert er ihre Lokalisation im Gehirn, für die vor allem das Auge mit seinem motorischen Apparat in Betracht kommt (pli courbe und Gegend der Rolandoschen Furche).

Über die Entwicklung der Zeichenfähigkeit faßt Decroly seine Erfahrungen dahin zusammen: Die Wahrnehmungen von Winkeln von annähernd 5°, ferner die Wahrnehmung von Bewegung und Perspektive, sowie abstrakter visueller Vorstellungen beginnen im allgemeinen beim normalen Kinde im 10. Lebensjahre, ihre volle Entfaltung finden sie erst mit dem 15. Jahre.

Henseling (215) bespricht zunächst die bisherigen Anschauungen über das Wesen der Phantasie und wendet sich dann eigner Erklärung zu. Man kann Phantasie auffassen als „falsches Denken" oder auch als „gestaltende psychische Tätigkeit", welche die Wirklichkeitsbestandteile durch verschiedene Auswahl und Gefühlsbetonung umformt. „Alles Gedachte erscheint als Phantasie, sofern wir es als Gedachtes, als psychische Leistung, als Verarbeitung von Elementen aus der Erfahrung betrachten; es erscheint aber zugleich als Wirklichkeitsdenken, sofern es sich in irgend einem Sinne an objektiv Wirkliches bindet, mit ihm übereinstimmt oder übereinstimmen will. Phantasie ist darum jede Tätigkeit des Vorstellungslebens, sofern sie nicht durch Wirklichkeitsbeziehung geregelt wird" ist allgemeine psychische Funktion im Gegensatz zu jeder einzelnen speziellen Funktion des Wirklichkeitsdenkens." Im Anschluß daran erörtert Henseling die Frage des primitiven Denkens der Naturvölker und bezeichnet es als Stufe der Phantasie. Ähnlich wie beim primitiven Menschen geht die Entwicklung des Denkens auch beim Kinde von der Phantasie aus, um durch den Wissenstrieb immer mehr zur Wirklichkeit geleitet zu werden.

Giachetti (174) beschäftigt sich mit mehreren Argumenten, die mit der Phantasie in Beziehung stehen, nämlich mit der Entwicklung der Phantasie und ihrer Charaktere bei den Kindern. Des ferneren bespricht er die Existenz einer pathologischen Phantasie (die vom Verf. nicht zugegeben wird), ferner der Charaktere der Phantasie und ihrer individuellen Verschiedenheiten. (*Audenino.*)

Colucci (79) kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Bei einer so komplizierten Funktion erweist sich die Untersuchung einer genauen, spezifischen Modifikation des zerebralen Pulses als eine für die Feststellung physiologischer und psychologischer Zustände nicht als hinreichend. Um die Kurve des zerebralen Pulses richtig zu interpretieren, muß man sie in Beziehung zu den anatomischen und physiologischen lokalen Verhältnissen betrachten (Verhältnisse der Arterien, Venen, der vasomotorischen Innervation, Elastizität der Hirnhäute etc.). Unsere Interpretierung darf sich nicht auf die Veränderungen des Blutdruckes beschränken, sondern es müssen alte Pulscharaktere in Verbindung mit den Modifikationen des Hirnvolumens und des submeningealen oder perizerebralen Druckes betrachtet werden. Diese Bedingungen werden bei den verschiedenen Kopfstellungen erheblich modifiziert. Der zerebrale Puls muß als ein gemischter, sphygmographischer und plethysmographischer Puls betrachtet werden. Die Kurve des zerebralen Pulses hat bei jedem Individuum einen besonderen Typus; es existieren besondere Übergänge von einem zum anderen Typus. Der



zerebrale Puls kann auch Veränderungen zeigen, die nicht vasalen Ursprungs sind. Man findet in der Kurve des zerebralen Pulses Schwankungen, die in Beziehung zu Modifikationen des Hirnvolumens und dem verschiedenen vasomotorischen Rhythmus zu bringen sind. Einige dieser Schwankungen hängen von verschiedenen Ursachen ab. Bei dem Gehirnpuls sind tägliche Schwankungen besonderer Art zu beobachten; es gibt eine Tendenz zum Rhythmus. (*Audenino.*)

Rehwoldt (463) untersuchte die respiratorischen Affektsymptome, wobei er zur Hervorrufung der Affekte die Reproduktionsmethode verwendete und die Messung durch Anwendung von fünf Pneumographen verfeinerte. Die psychologische Analyse der reproduzierten Affekte ergab, daß eine Analyse mit alleiniger Berücksichtigung von Lust und Unlust nicht möglich ist, daß es vielmehr gerade eine Besonderheit des Affektes ist, gegensätzliche Gefühle oder Zustände miteinander zu einer einheitlichen Wirkung zu verbinden. Eindeutige Symptome fanden sich nur für die drei Zustände der Beruhigung, Erregung und Spannung, die einzelnen Veränderungen der Respiration und die Kombination dieser Veränderungen bei den verschiedenen Affekten kann nicht kurz referiert werden. (*Frankfurther.*)

Fauser (133) macht den Versuch, die Sinnestäuschungen unter dem einheitlichen Gesichtspunkt der systematischen Psychologie zu betrachten. Sinneswahrnehmung und Sinnestäuschung entstehen beide aus der Verbindung eines direkten Faktors, des normalen oder pathologischen Sinnesreizes mit dem reproduktiven Faktor der Assoziationsfunktion, und zwar besonders der Assimilation und Komplikation. Eigentlich ist jede normale Sinneswahrnehmung aufzufassen als eine auf assoziativem Wege zustande gekommene Sinnestäuschung, doch ist der Gesunde eben in der Lage, durch aktiv apperzipierende Tätigkeit Korrekturen anzubringen. Überall, wo bei den Geisteskranken, z. B. der Dementia praecox, diese Apperzeption zurücktritt und die assoziativen Funktionen überwiegen, nimmt ein größerer Teil der subjektiven psychischen Prozesse den Charakter rein passiver Erlebnisse an, so daß ihnen die Bedeutung von Sinnestäuschungen verliehen werden kann. Außer diesem speziell reproduktiven Mechanismus der Sinnestäuschungen können aber auch noch solche durch Störung der direkten Komponente vorkommen. Es werden dann einige Sinnestäuschungen näher analysiert. Wichtig erscheint die Auseinanderhaltung des anatomisch-physiologischen vom assoziativ-psychischen Faktor, die auch für gehirnlokalisatorische Fragen nicht ohne Bedeutung ist. Wahrscheinlich ist stets eine Erkrankung des Stirnhirns beteiligt. (*Frankfurther.*)

Pfister (424) gibt einen kurzen historischen Überblick über die Zungenrede und teilt dann Analysen der Zungenreden eines Jünglings mit, den er untersuchen konnte. Der Sinn der Rede konnte durch Abfragen der Assoziationen, die sich an die einzelnen, anscheinend sinnlosen Worte knüpften, enträtselt werden. In der psychologischen Form zeigten sich sämtliche Traumgesetze bei der Arbeit. Außerdem zeigte der Untersuchte eine Schrift, die eine Art Ideographie darstellte, bei der die Zeichen zu Worteinfällen in einem Zusammenhange standen. Nachher traten auch Kryptogramme in verdichteter Buchstabenschrift auf. Es konnten ferner noch einige Fälle, wenn auch nur kurz untersucht werden. Aus den Untersuchungen ergibt sich die Definition der Zungenrede als sprachenähnliche automatische Neubildungen, deren Inhalt dem Redenden unbekannt ist. Sie kommt vor als automatische Verzerrungssprache oder als ungrammatische Zungenrede. An Stelle der grammatischen Struktur findet sich ein psychologischer Aufbau, der mit dem des Traums, des hysterischen Symptoms und überhaupt aller



neurotischen Phänomene im Prinzip übereinstimmt. Die Komplexe waren die gewöhnlichen; in erster Linie trat die erotische Verdrängung als zungenbildendes Motiv auf. Das Material wird fast immer der Kinderzeit entnommen, und die Ausdrucksform zeigt infantiles Gepräge. Der Sinn jeder Glossolalie ist eine Wunscherfüllung im Sinne Freuds. Ganz ähnliche Überlegungen gelten für die Kryptographie. Sie stellt einen Atavismus dar, sofern in ihr uralte Mechanismen der Schriftbildung in Tätigkeit treten.

(*Frankfurther.*)

Schilder's Arbeit (503) entzieht sich einer kurzen Wiedergabe.

Hirt (224) bespricht in eingehender und klarer Form die empirisch begründete Bewertung der normalen und pathologischen Handschrift. Er weist zunächst auf die Lückenhaftigkeit und Unsicherheit des Unterbaues einer Psychologie der Schrift, wie sie heute noch ist, hin, und wie wichtig ein Studium ihrer allereinfachsten Eigentümlichkeiten erscheint, ehe man ihre Eigentümlichkeiten diagnostisch verwertet. Hirt teilt die Untersuchung ein 1. in eine Physiologie der Schrift, die gestört ist in neurologischen Fällen, wo die Störungen sich erstrecken auf den „Gang" der Maschine, 2. gibt es eine Psychophysik der Schrift, welche die Beziehungen der seelischen Funktionen zu den ersterwähnten physiologischen Grundlagen erörtert. Sie weist Störungen auf bei der Katatonie, der Hysterie usw. 3. Schließlich kann man eine Psychologie der Schrift abgrenzen, deren Störungen völlig unabhängig von physiologischen sind. Das letzte Kapitel bringt diagnostische Erörterungen. Genauere Ergebnisse werden nach Hirt nicht durch das Studium der fertigen Schrift, sondern durch die Untersuchung ihrer Entstehung gewonnen werden müssen: nicht die „Schrift", sondern das „Schreiben" soll demnach untersucht werden. Zu verlangen ist eine experimentelle Bearbeitung, die allein gestatten kann, die Einflüsse aller einzelnen, die Schrift gestaltenden Faktoren festzustellen.

In einem gewissen Gegensatz zu Hirts sachlichen und kritischen Erwägungen befinden sich die rein empirisch begründeten Arbeiten von **Schneidemühl** (508). Ziemlich scharf wendet sich Schneidemühl gegen die Kritik, die Näcke an seinen Lehren geübt.

In dem vorstehenden Werke wird von **Schneidemühl** (506) zum ersten Male in der Literatur des In- und Auslandes ein grundlegendes Werk über die Lehre von der Psychologie der Handschrift der Öffentlichkeit übergeben. Der Verf. hat seit 30 Jahren einen großen Teil seiner Zeit zu wissenschaftlichen und praktischen Studien der Handschriftenbeurteilung verwendet und sowohl in Deutschland wie in den meisten modernen größeren Staaten Europas weit über 65000 Briefe und Handschriften anderer Art zum Gegenstand seiner Studien gemacht. Ist auch das Werk in erster Linie als Hilfsmittel bei den vom Verf. in Aussicht genommenen Vorlesungen und Übungen bearbeitet worden, so wird gleichwohl jeder Gebildete, namentlich auch jeder Psychologe und Arzt aus dem Buche reiche Belehrung und Anregung mannigfachster Art empfangen und sich in den Stand setzen können, eine große Übung wenigstens in der allgemeinen Beurteilung der Handschrift als Charakterspiegel zu erreichen.

Aus dem reichen Inhalt des Buches seien folgende Hauptabschnitte genannt: Geschichtliches, wissenschaftliche Grundlage der Lehre von der Handschriftenbeurteilung, Einwände gegen die Handschriftenbeurteilung, Pathologische Handschriften, Bedeutung und Aufgaben der Lehre von der Handschriftenbeurteilung für die Wissenschaft und für das Leben, Schriftenvergleichung, Methode der wissenschaftlichen Forschung, allgemeine Grundlehren der Handschriftenbeurteilung, Handschriften gebildeter und ungebildeter



Personen, Handschriften der Verbrecher, männliche und weibliche Handschriften, das Alter der Schreibenden, Kinderhandschriften, Handschriften der verschiedenen Völker, Handschriften verschiedener Zeitalter, Grundzüge des praktischen Verfahrens für die Ermittlung der wichtigsten Charaktereigenschaften, über die Bedeutung wichtiger Merkmale der Handschrift, die Gestalt der Buchstaben, die Handschriftenmerkmale einiger wichtiger Charaktereigenschaften. (*Autoreferat.*)

Beachtenswert sind die Ausführungen **Klages**' (280) über Begriff und Tatbestand der Handschrift. Nicht jedes schriftliche Erzeugnis ist als Handschrift zu bezeichnen, vielmehr muß es ein persönliches Gepräge tragen, das Ergebnis persönlicher Schreibtätigkeit sein. „Sinnfällige Gesetzesüberschreitung bei intendierter Gesetzeserfüllung ist ein unerläßlicher Zug des Handschriftlichen.“ Im Gegensatz zu der Handschrift stehen die künstlichen Schriftarten, die Kalligraphie und die gefälschte Schrift.

Widmer (625) schildert auf Grund vielfacher Erfahrungen als Tourist und schweizerischer Militärarzt auf Bergexpeditionen die Rolle der Psyche bei den verschiedenen pathologischen Erscheinungen in den Bergen. Unter dem Einfluß der Ermüdung läßt das Gedächtnis nach, schwinden die Hemmungen des Trieblebens. Durch die Beeinträchtigung der bewußten und unterbewußten Vorstellungen von Raum usw. kommt ebenfalls unter dem Einfluß der Ermüdung die Bergkrankheit zustande. Die körperliche Ermüdung spielt sich folgendermaßen ab: Der rapid einsetzenden Anfangsermüdung folgt regelmäßig eine lang andauernde Erholung; aber auch die vollkommenste Ruhe bringt die Ermüdungserscheinungen nur sehr langsam zum Verschwinden, da der Hauptvorgang der Ermüdung sich im Gehirn abspielt.

Hennig (213) bespricht die interessante Frage von der visuellen Musikempfindung, von der er 2 Abarten unterscheidet; in einem Fall entspricht sie den „Farbenhörenden“, übersetzt sich in farbige Bilder, im andern Fall löst sie sich nach Art der Diagramm-Synopsien in Formen, Gestalten, dramatische Szenen usw. auf. Für beide Typen bringt Hennig eine Reihe von Beispielen aus der Literatur, aus der Geschichte und aus dem Kreise seiner Bekannten. Über die Bedingungen des Zustandekommens dieser Phänomene läßt sich nichts Sicheres sagen; pathologische Bedeutung besitzen sie jedenfalls nicht.

Frankfurther und **Hirschfeld** (152) haben den Einfluß der Musik auf das Plethysmogramm studiert. Sie stellen fest, daß das Anhören von Musik eine zu komplexe psychische Funktion darstellt, als daß man mit der von ihnen angewandten Methode zu wesentlichen Aufschlüssen gelangen könnte. Die von der Musik ausgelösten Affekte gehören nicht zu den einfachen Gefühlen wie Lust oder Unlust; die einzelnen wirksamen Faktoren lassen sich nicht genügend isolieren. Das interessanteste und völlig unerwartete Ergebnis bei diesen Versuchen ist jedenfalls, daß die Wirkung der Aufmerksamkeitssteigerung beim Anhören von Musik immer sehr deutlich hervortritt und die Begleiterscheinung der Lustgefühle vollkommen in den Hintergrund gedrängt wird. Nur bei hypnotischer Suggestion des Musikhörens fällt der Einfluß dieser Aufmerksamkeitsfesselung fort.

Hirt (225) scheidet bei seinen Betrachtungen über das Wesen der Trugwahrnehmungen die elementaren und die sog. Pseudo-Halluzinationen aus. Er versucht, das Zustandekommen der Sinnestäuschungen durch eine Dissoziation des Ichs (Lipps) zu erklären. Die vom Kranken produzierte Vorstellung wird verselbständigt durch ein Ersterben der sog. Aktionsgefühle, der Ichwahrnehmungen. Der Grund, warum nur ein Teil des Vor-



stellungsinhalts in dieser Weise verselbständigt wird, liegt in der übernormal starken Hinwendung der Aufmerksamkeit auf diese Vorgänge, die sich auch klinisch nachweisen läßt (Kandinskys Selbstschilderungen).

Von mehr praktischen Gesichtspunkten aus beschäftigt sich **Köppen** (293) mit der Analyse der Halluzinationen. An der Hand zweier selbst beobachteter Fälle zeigt er die Zweckmäßigkeit einer wörtlichen stenographischen Aufnahme der Schilderungen, welche die Kranken von ihren Sinnestäuschungen geben. Es erweist sich auf diese Weise, wie wenig Sinnfälliges den Trugwahrnehmungen zugrunde liegt, wie sehr die Berichte durch alle möglichen Faktoren gefärbt und beeinflußt erscheinen.

Juliusburger (258) gibt an der Hand einiger Fälle, die zum Teil eigener Beobachtung, zum Teil der Literatur entnommen sind, eine Schilderung der sog. Fremdheitsgefühle. Er führt sie auf einen Mangel der „Identifikation" zurück. „Das Gefühl der Entfremdung und Fremdheit tritt ein, wenn eine Gefühlstrennung mehr oder weniger extensiv und intensiv durch eine Störung des seelischen Mechanismus sich einstellt." „Hierbei ist folgendes in Betracht zu ziehen: Wird der seelische Mechanismus in seinem harmonischen Zusammenhange erschüttert, steigen aus dem Unterbewußtsein Komplexe auf, welche das Oberbewußtsein ablehnt und als Fremdlinge betrachtet, so wird auch hierdurch naturgemäß ein Gefühl der Befremdung, ein Fremdheitsgefühl, sich einstellen, welches einerseits das Persönlichkeitsbewußtsein befallen und andererseits in dem Drange nach Objektivierung sich dem Bewußtsein der Außendinge zugesellen kann."

van der Torren (584) gibt eine große Zahl Schreibfehler und Fälle von Verlesen wieder, mit grammatikalischer Einteilung, ohne neue psychologische Tatsachen. (*Stärcke.*)

Jones (251) teilt zwei Fälle von Versprechen mit. In dem einen konnte aus dem Versprechen gefolgert werden, daß die Geschichte, die ihres peinlichen Inhaltes wegen als angeblich einer anderen Person passiert erzählt wurde, sich auf den Erzähler selbst bezog. In einem andern Fall verriet ein Homosexueller, der sich schon für geheilt hielt, seinen Widerstand gegen die Heterosexualität. (*Frankfurther.*)

Hellmuth (210) berichtet zwei Fälle von „Versprechen" eines Schulkindes, aus denen hervorgeht, daß auch die scheinbare Sprachunbeholfenheit der Kinder schon einer Absicht des Unbewußten nicht entbehrt und nicht immer als Folge überstürzten Redens aufzufassen ist. In dem einen Falle überreichte der 4½ jährige der Mutter als Geburtstagsgeschenk eine Tüte Konfekt mit dem Bemerken: Der Vater hat gesagt, das soll ich ganz allein essen. Die Wirksamkeit des Unbewußten in diesem Versprechen ist ohne weiteres klar. (*Frankfurther.*)

Jones (250) teilt einen Fall von Namenvergessen mit, bei dem die Analyse als Komplex die „Furcht vor dem Kinde" aufzudecken vermochte, wobei aber die Patientin ihre eigenen Affekte auf die Freundin, deren Namen sie vergaß, projiziert hatte. (*Frankfurther.*)

Heilbronner (206) berichtet ausführlich über einen 34 jährigen Mann, bei dem eine Hemiplegie auf dem Boden von Hirnlues seit zwei Jahren bestand, die durch Lesestörungen kompliziert war. Es handelte sich um eine litterale Alexie mit Agraphie und amnestischer Aphasie. Die Störung des Buchstabenerkennens beruhte nicht auf visuellem Ausfall, trotzdem eine Quadrantenhemiopie bestand; denn Ziffern wurden richtig gelesen. Als Grundlage kann man eine Leitungsstörung betrachten, die jedoch nicht lokalisiert werden konnte. Diese Leitungsstörung wäre in Analogie zu stellen mit der bei dem Kranken ebenfalls festgestellten Störung im Farbenbenennen.



Wenn auch die vorliegenden Symptome nicht in reiner Form sich finden, so hat ihre Feststellung im komplizierten klinischen Bilde nach Heilbronner zweifellose Bedeutung als Vorarbeit für spätere genauere Lokalisation.

Pagano (408) chloralisierte tief die Gehirnrinde bei Hunden, denen er vorher das Rückenmark und die vagosympathischen Halsäste durchschnitten hatte, und reizte den Nucleus caudatus. Auf diese Weise rief er Ausdruckbewegungen der Physionomie und von aufgeregtem Schreien hervor, welche denen glichen, wie man sie bei Hunden mit chloralisierter oder extirpierter Rinde erhält. (*Audenino.*)

Rorschach (478) weist im Anschluß an die Stekelschen Ausführungen darauf hin, daß die Uhr auch als Symbol für Herz oder Brust der Mutter aufzufassen sein wird, da das Kind beim Getragenwerden, an das es sich deutlich erinnert, auch den Herzschlag der Mutter vernimmt. Darauf führen sich manche bekannte Erscheinungen zurück, daß z. B. manche Menschen nicht ohne das Ticken einer Uhr einschlafen können, wie denn auch in der Kinderpraxis die tickende Uhr das schreiende Kind beruhigt. Ein Beispiel für die symbolische Gleichung Uhr-Brust wird in dem Falle eines Neurotikers angeführt, der im Alter von vier Jahren eine besondere Lust empfand, Uhren zu zerbeißen. Zum Thema: Beziehungen des Neurotikers zurzeit, wird ein Märchen angeführt, das das ambivalente Verhalten dieser Beziehungen zeigt, einerseits den Wunsch, rasch groß zu werden und die Eltern zu erreichen, um das Geschlechtsleben kennen zu lernen, andererseits den Wunsch, nicht größer zu werden, um es nicht kennen lernen zu müssen. (*Frankfurther.*)

Stekel (557) veröffentlicht eine Stelle aus dem Tagebuche eines Neurotikers, in der dieser selbst einen Traum deutet, indem er seine Krankheit als Ratte sieht, die schließlich in ihn hineinspringt. Gleichzeitig geht aus dieser Tagebuchstelle die Rolle des Neurotikers als Schauspieler, der über die Darstellung seiner Krankheit Freude und Befriedigung empfindet, hervor. (*Frankfurther.*)

Stekel (556) macht den Versuch einer Definition des Begriffes Neurose, indem er sie als den Zustand bezeichnet, in dem die Grenzen zwischen Realität und Phantasie infolge unbewußter und bewußter Motive zeitweilig verschwimmen, während bei der Psychose die Phantasie, die als die Realität des Unbewußten bezeichnet werden kann, die ganze Realität oder ein bestimmtes Gebiet von ihr vollkommen verdrängt hat. Bei der Neurose gibt es also ein Grenzgebiet, das zwischen Schein und Wahrheit liegt. So haben gewisse Zwangshandlungen den Sinn, eine Realität zu annulieren und eine historische Realität zu fixieren, die heute schon Phantasie ist. Es ist diese Annulierung eigentlich das Gegenteil der Verdrängung. Die Verdrängung hat die Tatsache dem Bewußtsein entzogen und dem Unbewußten überliefert, die Annulierung dagegen schiebt eine Tatsache nur im Unbewußten beiseite, während sie für das Bewußtsein Tatsache bleibt. In anderen Fällen wird eine Realität festgehalten und für ewige Zeiten fixiert, wenn sie schon längst keine Realität mehr ist. Der Neurotiker verwandelt permanent Erinnerungen in Wahrnehmungen. Dazu muß er sich aber über die Zeit hinwegsetzen, deren destruktive Tendenz der Neurotiker beharrlich ignoriert. Diese Verachtung der Zeit aber ist eine Überkompensation, da der Neurotiker in der Kindheit die Zeit überschätzt hat. „Das Problem der Zeit ist das tragische Problem des Kindes“, das Kind muß den Eltern gehorchen, weil sie älter sind, die älteren haben alle Freiheiten, weil sie „reicher an Zeit“ sind. Daher resultiert das große Interesse, das Kinder dem Problem der Zeit entgegenbringen, ferner die häufige Zwangshandlung der Kinder, oft auf die Uhr zu blicken, die Störungen des Schlafes durch das Ticken der Uhr usw. Und



dieses Problem der Zeit beschäftigt auch den Neurotiker in mannigfachen Formen. Das Unbewußte kennt deshalb die Zeit nicht, weil es sie nicht kennen will und sich zeit- und raumlos als Wunscherfüllung darüber hinwegsetzt. Aus dieser Dissonanz zwischen dem Bewußten, das ohne Zeit nicht existieren kann, und einem Bewußten, das mit der Zeit nicht existieren will, entstehen manche Zweifel und Unsicherheiten des Neurotikers. Zwischen Realität und Phantasie gibt es ein Grenzgebiet, in dem die Zeitbegriffe schwanken. Die Größe dieses Grenzgebietes gibt einen trefflichen Maßstab für die Schwere der Neurose. (*Frankfurther.*)

Schneider (510) untersuchte eine größere Anzahl von Gesunden und Kranken mit verschiedenen klinisch-psychologischen Methoden: mit „Bildern zum Anschauungsunterricht“, Heilbronnerschen Serien (jedoch mit neuen Entwürfen), seinen „Kombinationsfiguren“ und Ebbinghausschen Texten. Die „Kombinationsfiguren“ stellen der Versuchsperson die Aufgabe, verschiedene aus Pappe geschnittene unbemalte, nur durch ihre Umrisse charakterisierte, Gegenstände (Scheibe, Fisch, Sichel, Beil, Hammer, Milchkanne, Lampe, Haus, Kirche, Schmetterling) aus einzelnen Teilen zusammenzulegen, so z. B. den Hammer aus Eisenteil und Stiel, den Schmetterling aus Leib und vier Flügeln.

Was die quantitativen Ergebnisse dieser Methoden anlangt, so kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß wir in ihnen keine Methoden zur Prüfung der „Intelligenz“ besitzen; nur die Ebbinghausschen Texte lieferten ihm einigermaßen eindeutige Resultate. Dagegen wird an der Hand zahlreicher Beispiele gezeigt, wie ausgiebig die Anwendung solcher Methoden für die Psychopathologie einer Psychose sein kann. So zeigen z. B. die Kombinationsfiguren die Disjektion und Geschraubtheit schizophrener Ausdrucksweise auch auf nichtsprachlichem Gebiet sehr schön.

Zum Schlusse berichtet Verf. ausführlich über drei mehrfach untersuchte Fälle von Korsakowscher Psychose. Es ergab sich ein fast konstantes Besserwerden der Leistungen, obgleich die Kranken sich nie erinnerten, die Aufgaben schon einmal vor sich gehabt zu haben. Einmal gemachte Fehler kehrten mit großer Hartnäckigkeit wieder. — Der eine der Fälle ist mit seinen ganz an Dementia praecox erinnernden Wortneubildungen auch klinisch sehr eigenartig.

Zwei Tafeln (Heilbronnersche Serien und Kombinationsfiguren) sind neben zahlreichen Textfiguren der Arbeit beigegeben. (*Autoreferat.*)

Lattes (311) unterscheidet zwischen mystischem und religiösem Faktum, indem er letzteres für eine besondere Form des ersteren ansieht. Er behauptet und weist nach, daß der Mystizismus eine Tendenz unserer Psyche nach „irgend etwas“ ist, welches außer uns liegt und bei den ursprünglichen Manifestationen unser Psychologie sich nach dem religösem Element richtet, das jedoch in der Folge andere Formen annimmt.

Er beleuchtet seine Auseinandersetzungen mit wissenschaftlichen Angaben und kontrolliert sie in einer kurzen klinischen und psychologischen Übersicht über die verschiedenen Geisteskrankheiten mystischen Inhaltes. (*Audenino.*)

van Raalte (450) weist in spontanen Kinderzeichnungen Inhaltsbeziehungen zu oberflächlichen, bewußten Komplexen nach. So zeichnete ein sehr armes Kind, das im Winter im öffentlichen Speisehaus zum Mittagessen ging, einige Male ein Haus mit dampfenden Schüsseln, ein anderes Kind Kerlchen mit vielen Knöpfen, auch eine Wunscherfüllung. (*Stärcke.*)

In zwei Aufsätzen erörtert **Juliusburger** (259) die Psychologie des Alkoholismus. Zunächst führt er aus, wie man sich früher den Trieb zum Alkohol zu erklären versuchte, weist dann darauf hin, daß diese Erklärungen



nicht genügen, und daß man vielmehr auf die „homosexuelle Komponente“ zurückgehen müsse. Darauf deutet nach Juliusburger die gesellschaftliche Gruppierung nach den Geschlechtern hin, die Ungezwungenheit, mit der man sich im Kreise der Gleichgeschlechtigen gibt und dem Vergnügen, d. h. dem Trunke fröhnt. Es ist angeblich kein Zufall, daß männliche Wesen zu Schutzgöttern gemacht wurden: „Gambrinus und Bachus können nur symbolisch aufgefaßt und gedeutet werden, sie sind selbst nur eine Objektivation der homosexuellen bzw. homopsychischen Triebkraft.“ Beweise dafür findet Juliusburger sogar in den Visionen der Alkoholdiliranten: Eidechsen, Schlangen, Mäuse und sonstiges Getier sind Äußerungen einer versteckten Homosexualität. Der Eifersuchtswahn der Trinker hingegen wurzelt in sadistischen Trieben, in der Transponierung eines gewissen eigenen Schuldgefühls und in einem atavistischen Faktum, nämlich der Sucht des Mannes, das Weib zu beherrschen und zu tyrannisieren.

Im zweiten Aufsatz versucht Juliusburger eine Erklärung der sog. Dipsomanie zu geben, die er für kein scharf umrissenes Krankheitsbild hält. An der Hand eines Falles seiner Beobachtungen, wo angeblich ein Periodiker die Nichte eines Wirtes heiratete, um mit dem Onkel häufiger zusammenzukommen und zu kneipen, will Juliusburger nachweisen, daß Homosexualität die Wurzel der Dipsomanie ist! In einem anderen Falle ließ sich diese Krankheit auf eine von Zeit zu Zeit hervorbrechende Neigung zum Autoerotismus zurückführen. Beziehungen zwischen Trunksucht und Masturbation sieht Juliusburger ferner in der Neigung auch der ehrenwertesten Menschen, diese beiden Gewohnheiten abzuleugnen.

Weber (612) geht von einer Untersuchung der Geschlechtscharaktere aus, die er in primäre, sekundäre und tertiäre einteilt, wobei er unter letzteren „alle mit dem Nervensystem in Verbindung stehenden, auch solche des Instinkts und des Verstandes“ versteht. Er betrachtet die Hysterie als eine pathologische Steigerung oder Störung gewisser tertiärer weiblicher Geschlechtscharaktere. Zur Erklärung mancher hysterischer Erscheinungen kann man die Verstärkung phylogenetisch ererbter Schutzmechanismen ansehen. Dahin gehört u. a. auch die Täuschungssucht der Hysterischen.

Eine etwas merkwürdige Auffassung von der Hysterie tritt bei Weber zutage, wenn er von den Übergängen der Hysterie in Epilepsie und Geisteskrankheit sagt „hysterische Täuschungssüchtige und Selbstverstümmler enden nicht selten in Irrenanstalten“. (Liegt hier nicht die Möglichkeit einer Verwechselung zwischen Hysterie und Dementia praecox nahe? Ref.)

Höpfner (229, 230) wendet sich auf Grund eigener Erfahrungen und anscheinend gut begründeter theoretischer Erwägungen gegen die Kußmaul-Gutzmannsche Spasmentheorie des Stotterns. Er versucht den Nachweis, daß jedes Stottern eine assoziative Störung, eine Art Ataxie des Sprachmechanismus bedeutet.

Ein Patient **Maeder**'s (341) litt an Angst vor Bergen, sie machten ihm den Eindruck des Irrealen, sie waren für ihn das unerforschte Land, dem er mit einem eigentümlichen Gefühle leiser Angst gegenüberstand. Die Analyse deckte auf, daß Pat. ein ähnliches Gefühl dem Geschlechtsakt gegenüber hatte, woraus die symbolische Bedeutung des Berges für diesen Patienten abzuleiten war. (*Frankfurther.*)

Nach **Stekel** (559) werden in der Psychoanalyse die alten Verankerungen der Affekte gelöst und eine Fülle von Affekten frei, die nun auf das im Vordergrunde des Bewußtseinsfeldes befindliche Objekt, den Arzt, übertragen werden, in dem der Pat. sich selber liebt und haßt, indem er sich mit dem Arzte identifiziert oder von ihm differenziert. Außer der Übertragung auf



den Arzt, über die der Patient rechtzeitig aufzuklären ist, ist wichtig die Übertragung auf die Familie des Arztes, die meist in negativer Form vor sich geht, so daß die Gattin des Arztes Gegenstand von Schmähungen und Herabsetzungen in Träumen und Phantasien wird. Ferner kommt die Übertragung auf einen andern Hausgenossen des Arztes vor, worin sich die Tendenz der Rache aus verschmähter Liebe zeigt. Dabei können sich die Zärtlichkeiten des Patienten auch auf den Hund des Arztes richten. Am merkwürdigsten ist die Übertragung auf die Wohnung, so daß ein Wohnungswechsel des Arztes die behandelten Neurotiker sehr unglücklich machte. Während der Behandlung ist das Liebebedürfnis des Kranken gesteigert, doch kann dabei die Übertragung auch auf andere Hausgenossen stattfinden, namentlich bei Erleichterung durch ein infantiles Vorbild, was zu unangenehmen Komplikationen führen kann. Der Kranke empfindet die unerwiderte Neigung zum Arzte als lästige Fessel und sucht sich ihrer zu entledigen, indem er sich in irgend jemand verliebt. Auf die Weise kann es unter Umständen zu Verlobung und Verheiratung während der Kur kommen. (*Frankfurther.*)

Nach **Jones** (252) werden Zahlen vom Unbewußten auf andere Weise behandelt als Worte oder andere Vorstellungen. Es liegt bei ihnen eine besondere infantile Fixierung vor, und ihre vermehrte Bedeutsamkeit stammt aus drei Quellen. Die Kinder werden im Zählen früher unterrichtet als im Lesen, die Zahlen lassen sich besonders gut zum Kinderspiel gebrauchen, und es besteht ferner eine enge Verbindung zwischen den Zahlen und einer der größten Lustquellen der Kinder, den Fingern. Es wird ein Beispiel dafür angeführt, wie in solch einer Zahlenvertauschung im Traume wichtige Komplexe des Patienten zum Ausdruck kommen. Die Veränderungen der Zahlen erfolgen nach denselben Mechanismen, wie sie auch bei der Traumbildung nachgewiesen wurden. (*Frankfurther.*)

Schlaf, Suggestion, Hypnose und verwandte Vorgänge.

Trömner (586) gibt in knapper und übersichtlicher Form eine Darstellung unserer heutigen Kenntnisse vom Wesen des Schlafes. Er bespricht nacheinander den Schlaf aufsteigend von der Pflanze bis zum Menschen, erörtert die Veränderungen der Sekretion, der Motilität, des Blutumlaufs usw. Eingehend beschäftigt er sich mit dem Problem der individuellen Schlafkurve und mit der Periode des Einschlafens. Die verschiedenen bisherigen Theorien und Ursachen des Wesens des Schlafes lehnt Trömner ab. Er versucht den Nachweis zu führen, daß es ein Schlafzentrum im Gehirn geben müsse, und verlegt es in den Thalamus opticus, der „die kortexnächste Schaltstation für sämtliche sensiblen Reize außer dem Olfaktorius ist", der ferner mit den motorischen Hauptbahnen, dem Kleinhirn und den vasomotorischen Zentren in Verbindung steht und schließlich anerkannte Bedeutung für die motorischen Affektäußerungen besitzt. Am Schlusse der Arbeit bespricht Trömner die Beziehungen des Schlafes zu den großen Neurosen, der Hysterie und Epilepsie, weist auf die überwiegende Häufigkeit der epileptischen Anfälle im Schlafe hin und betont die Ähnlichkeit des psychophysischen Mechanismus bei Schlaf und Hysterie. Die forensische Bedeutung des Schlafes tritt zutage, wenn es sich um die Diagnose simulierter Schlafzustände und um die Entscheidung der Frage handelt, ob ein Mensch die Nacht schlafend verbracht habe; auch die Verbrechen in der Schlaftrunkenheit finden Erwähnung. Energisch fordert Trömner zum Schluß von der Polizei, daß sie durch drakonische Maßregeln in den üblichen Schlafstunden Ruhe schaffe.



Stekel (555) berichtet im Anschlusse an die Mitteilung Abrahams, daß eigentlich alle Neurotiker vor dem Schlafengehen gewisse Prozeduren vornehmen müssen, und teilt das Zeremoniell einer Patientin mit, die an der Zwangsvorstellung leidet, sie könnte einen ihrer Angehörigen umbringen. Die Zwangshandlungen ließen sich z. T. analysieren als Ersatz von Gebeten, in die die ursprünglichen Todeswünsche gegen die Verwandten gedrängt waren, z. T. wirkten andere Strömungen mit, die sich auf in der Jugend erlebte sexuelle Traumen beziehen. Nach der Analyse gab Pat. ihre Zwangshandlungen auf, was sie selbst allerdings auf eine selbstgewählte Gegensuggestion zurückführen zu können glaubte. Auch hier zeigte sich wieder, daß jede Zwangshandlung eine Todesklausel enthält, einen infantilen Imperativ erfüllt und dazu dient, Angst und Zweifel psychisch zu binden. Sie sind aber auch, wie dieser Fall zeigte, von religiösen Motiven durchsetzt, sie enthalten Gebete, die mit den kriminellen Komplexen auf dem Wege des neurotischen Kompromisses zu einem psychischen Symptom vereinigt erscheinen. (*Frankfurther.*)

Abraham (2) teilt ein kompliziertes Zeremoniell neurotischer Frauen vor dem Schlafengehen mit, das er mehrmals bei ganz verschiedenen Patientinnen antraf, und deren Sinn eine Vorbereitung auf den Tod, richtiger, auf den sexuellen Angriff des Mannes ist, für den sie sich als Braut schmückt. Der Verf. schlägt vor, diesem Zeremoniell, das natürlich in Einzelheiten von Fall zu Fall etwas verschieden ist, als „Todesbraut-Zeremoniell" zu bezeichnen. (*Frankfurther.*)

Putnam (446) analysiert zwei Treppenträume, aus denen wieder die Deutung dieses Symbols als Koitus hervorgeht. (*Frankfurther.*)

Robitsek (473) teilt einen Traum mit und analysiert ihn, um zu beweisen, daß bei Gesunden und Kranken in gleicher Weise die verdrängten Komplexe wirksam sind, daß sogar die unbefangenen Träume der Gesunden im Gegensatz zu denen der Neurotiker häufig eine viel einfachere, durchsichtigere und mehr charakteristische Symbolik enthalten, da in ihnen die Zensur weniger stark wirkt und keine so starke Traumstellung auftritt. Der oft gemachte Einwand ist also hinfällig, daß die Traumsymbolik vielleicht ein Produkt der neurotischen Psyche sei, aber nicht für sie normale Gültigkeit habe. Der Traum stammte von einem nichtneurotischen Mädchen, das verlobt war, dessen Heirat sich aber Hindernisse in den Weg stellten, und bringt unter dem Bilde der Ausschmückung eines Tisches mit Blumen die geheimen Wünsche des Mädchens nach Heirat und sexuellen Erlebnissen zum Ausdruck. (*Frankfurther.*)

Reik (466) weist darauf hin, daß der Traum häufig Symbole schaffe, die mit dem Berufe des Träumenden zusammenhängen. Als Beispiel wird ein von Leixner zitierter Traum eines Rezensenten zitiert, der die Häuser einer engen Gasse als Bücherstöße auffaßte, die er besprechen zu müssen glaubte, und die ihm schließlich über den Kopf stürzten, bis ihm die Muse der Kritik mit den Worten erscheint: Ohne gehts besser. Der Psychoanalytiker findet in diesem Traume die Symbolik eines Coitus interruptus. (*Frankfurther.*)

Hárnik (202) teilt einen Traum mit, in dem sich die sexuellen Wünsche des Träumenden auf die Mutter äußern, indem im Traume eine Magd an die Stelle gesetzt wird, die in der Realität die Mutter einzunehmen pflegte. Bemerkenswerterweise spielt aber diese Symbolik auch bei der sexuellen Objektion der Neurotiker eine Rolle. So vermögen manche Neurotiker den Geschlechtsverkehr nur mit Dienstmädchen auszuführen, wofür zwei Beispiele angeführt werden. (*Frankfurther.*)



Hollingworth (234) untersuchte den Einfluß des Koffeins auf Qualität und Dauer des Schlafes. Hollingworth kam zu dem Ergebnis, daß kleine Gaben (0,06—0,24), weder rein noch mit Sirup gegeben, eine schätzbare Schlafstörung hervorrufen mit Ausnahme weniger Fälle. Gaben von 0,36 hingegen rufen bei den meisten Individuen deutliche Wirkung hervor, die stärker ist, wenn das Alkaloid auf nüchternen Magen und an mehreren Tagen hintereinander genommen wird (kumulative Wirkung). Alter, Geschlecht und früherer Koffeingebrauch scheinen nicht von wesentlichem Einfluß auf die Wirkungen zu sein.

Bresgen (61) schildert die Entstehung der Furcht und ihre Bedeutung, deren Urgrund stets in fehlerhafter Erziehung zu suchen ist. Krank und kraftlos wird der Mensch, weil ihn die Furcht beherrscht. Seine Befreiung soll in der Hand des Arztes liegen.

Marcinowski (351) hat sich von Träumern Skizzen ihrer Traumerlebnisse geben lassen, aus denen er mit Hilfe der Psychoanalyse folgende Schlüsse zieht: „Landschaften und Örtlichkeiten in Träumen sind Körper, sind Mutter- und Vaterleibsphantasien, auf die wir das erotische Erleben späterer Jahre draufgepackt haben. Verquickt damit sind religiöse Elemente, die Vater und Gott gleichsetzen, und ihn — je nach dem persönlichen Verhältnis des Kindes zu ihm — als furchtbaren Richter oder als Freund in unseren Lebenskonflikten erscheinen lassen. Wo es die Verhältnisse aber mit sich bringen, sinkt er aus denselben Gründen zum Symbol des überwundenen Standpunktes herab."

Blüher's Buch (51) soll hier nur erwähnt werden, um zu zeigen, daß Freuds Lehren auch Lehrerkreise in verhängnisvoller Weise ergreifen. Die Verquickung der „Inversion" mit jeglichen Freundschaftsgefühlen und die Unfähigkeit, gesunde Gefühle von gesteigerter sexueller Appetenz zu trennen, tritt auf jeder Seite des Buches hervor.

Stärcke (553) hebt bei mehreren vergessenen Autoren, wie d'Heroly, Wolf, Davidson, Leidenfrost, und vor allen Scherner, die Anfänge der symbolischen Auffassung der Traumbilder hervor, welche jetzt durch Freud einen solchen Aufschwung nahm. Dann wendet er sich insbesondere zum funktionalen Phänomen Silberers, wovon auch schon bei Scherner die Rede war, und behandelt die verschiedenen Deutungen der Flugträume; die eigenen Beispiele zeigen klar die Unumgänglichkeit der Freudschen Symboliklehre. Bei den Traumexperimentatoren herrscht eine Art Sexualblindheit, wie z. B. Mourly Vold sogar in einem Traum, wo ein junger Mann ein Mädchen sieht, das auf der Bettkante sitzend ihre Beinkleider anzieht, keine sexuellen Momente zu erblicken vermochte, sondern nur Fußreizwirkung darin sah. Die eigenen Versuche des Verf. betrafen Geruchreiz-, Blasenreiz- und Darmreizträume. Man findet in den Harnreizträumen der Versuchspersonen sehr oft die Harn- und Blasensymbole, wie Scherner sie beschreibt. Es wird keine Freudsche Deutung der mitgeteilten Träume versucht; für den Kundigen ist aber ohne weiteres ersichtlich, daß Sexualsymbolik eine weit größere Rolle darin spielt, wie auch Verf. hier und da angibt. Es ist von großem Gewicht, daß Personen, die, wie Verf. mit Skepsis an die Freudsche Sexuallehre herantraten, von den Tatsachen getrieben werden, sich zu ihr zu bekennen. (*Autoreferat.*)

Bloch (50) teilt einen typischen Traum eines Patienten mit, der an den nervösen Störungen des Coitus interruptus litt. Der Traum, an den sich nächtliche Angstanfälle anschlossen, stellte immer wiederholte Versuche dar, in ein Haus hineinzukommen, vor dem sich immer neue Hindernisse auftürmen. (*Frankfurther.*)



Ferenczy (136) berichtet über einen eigentümlichen Fall von Bewußtwerden des Traumzustandes im Schlafe. In den Träumen des Patienten vollzieht sich der Szenenwechsel nicht unvermittelt, sondern mit der Begründung, daß sich Patient gedacht habe, dies sei ein schlechter Traum, der anders ausgehen müsse. Dies Wechseln der Szenen geschieht so oft, bis das letzte Traumbild, das dem Patienten genehm ist, ungehemmt zu Ende geträumt werden kann. Diese lenkbaren Träume sind von den Wachträumen verschieden. Sie erklären sich, da sie zumeist in den Morgenstunden und bei dem Wunsche geträumt werden, den Schlaf- und Traumzustand möglichst zu verlängern, aus einem Kompromiß zwischen dem ausgeschlafenen und darum erwachenwollenden Bewußtsein und dem krampfhaften Festhaltenwollen am Unbewußten. (*Frankfurther.*)

Putnam (445) teilt einen charakteristischen Kindertraum mit, indem der Knabe sich von dem Vater an den offenen Sarg der Mutter geführt sah. Bemerkenswert ist, daß dieser Traum, der nicht weiter zu deuten versucht wird, einen so mächtigen Eindruck auf das Kind machte, daß er die ganze Zeit, bis zum 26. Jahre, im Gedächtnis blieb. Auch der Anlaß des Traumes konnte noch erinnert werden. (*Frankfurther.*)

Stärcke (552) teilt einen Traum, der anscheinend das Gegenteil einer Wunscherfüllung zu enthalten schien: Ein Arzt träumt, daß er einen syphilitischen Primäraffekt an der letzten Phalange des linken Zeigefingers habe. Und doch ergab die Analyse mit Hilfe eines zweiten Traumes, daß dieses Geschwür Symbol war und Vertreter von mit großem Affekt belegten Wunscherfüllungen. (*Frankfurther.*)

Hellmuth (208) analysiert den Traum eines $5^1/_2$ jährigen Knaben, in dem neben der Erfüllung mancher kleiner Wünsche die Sehnsucht nach dem Vater, von dem er getrennt lebte, hervortritt. Bemerkenswert war, daß das Kind seinem Traume Realität zuschrieb, trotzdem es wußte, daß Träume keine wirklichen Begebenheiten sind. Das Kind hielt, in der Nacht wenigstens, an der Wirklichkeit des (Angst)traumes fest, da seine Furcht im Grunde doch nur einen Wunsch bedeutete, deren Erfüllung der Traum allein verleihen konnte. (*Frankfurther.*)

Eine Patientin **Stekel**'s (558) hatte zweimal Nummernträume gehabt, wobei die Nummern nachher in der Lotterie herausgekommen waren. Der Lottotraum stellte sich als Wunscherfüllung dar, indem die Zahlen das Datum umschlossen, an dem die Patientin das die Ursache ihrer Krankheit bildende Trauma erlebt hatte. Die Zahlen, die ihr Unglück gebracht hatten, sollen ihr nun Glück bringen ist der Sinn dieser Wunscherfüllung. Daß die Nummern auch herauskommen, erklärt sich so: Patientin träumt diese Nummern jeden Tag, sieht andererseits regelmäßig die Nummern der Lottokollekten durch, und die seltenen Male, in denen auch die Schicksalszahlen ihres Lebens erscheinen, prägen sich ihr ein, während sie die andern vergißt. (*Frankfurther.*)

Schrötter (517) untersuchte die experimentellen Träume, indem er die Versuchspersonen in hypnotischen Schlaf versetzte und ihnen entsprechende Traumsuggestionen erteilte. Nach dem Erwachen wurde der Inhalt des Geträumten mitgeteilt, oder, wenn das Träumen erst in einer späteren Nacht erfolgte, auf Grund posthypnotischer Suggestion aufgeschrieben. Es wurden in der einen Versuchsgruppe der Versuchspersonen drei bis sieben Worte als Vorstellungserreger mitgeteilt und ein Leitreiz damit verbunden. Wichtiger ist die zweite Versuchsgruppe, bei denen ein latenter Trauminhalt, ähnlich denen durch die Freudsche Schule analysierten, als Traumsuggestion verwendet wird. Bemerkenswert ist, daß in diesen experimentell erzeugten



Träumen in weitem Umfange die Freudsche Symbolik, speziell für Vorgänge des Geschlechtslebens, zur Anwendung gelangt. (*Frankfurther.*)

Chojecki (71) hat die Versuche von Claparède und Baade (vgl. dies. Jahresber. Bd. XIII. p. 964) über die Beeinflussung psychischer Leistungen durch die Hypnose wieder aufgenommen und an 5 Personen durchgeführt. Die einfache Wiederholung von 5 bis 10 Ziffern ergab eine verringerte Reproduktionsfähigkeit in der Hypnose. Auch die Einprägung sinnloser Silben ging im Wachzustande viel rascher vor sich; ferner waren die Reaktionszeiten im Assoziationsversuch während der Hypnose deutlich verlängert. Als Gesamtergebnis stellt Chojecki fest, daß die psychische Tätigkeit in der Hypnose verlangsamt ist.

Habermann (194) betont in seinem kurzen Aufsatz die Bedeutung der Hypnose für die Therapie und rät zu ihrer Benutzung.

Dück (112 und 113) schildert die Ergebnisse einer experimentellen Untersuchung über den Grad der Beeinflußbarkeit der reiferen Schüler durch den Lehrer. Er gab 20 Schülern von 16 bis 18 Jahren, die er seit 2 Jahren als Ordinarius leitete, ein Aufsatzthema, dessen Titel er an die Tafel schrieb, wobei er etwas ungewöhnliche Schriftarten (Rundschrift) wählte. Ohne daß auf diese Form hingewiesen wurde, zeigte sich in der Niederschrift der Schüler bei 45 % eine deutliche Beeinflussung durch dieses Schriftbild.

In seinem 2. Aufsatz wendet sich Dück gegen einen Kritiker, der nur „Gehorsam“ in dieser Beeinflußbarkeit erblicken will. Er berichtet einen anderen Versuch: Unter 48 Schülern von 14 bis 17 Jahren ließ er im Laufe einer Schulstunde ein unverletztes Guldenstück kursieren mit der Weisung, es genau zu betrachten. Nach der Stunde fragte er in suggestivem Tone, an welcher Stelle das Loch im Geldstück gesessen habe, und ließ die Stelle auf einer Zeichnung mit einem Kreuz andeuten. 92 % der Schüler gaben ein positives Resultat; dieses verblüffende Ergebnis ist allerdings nicht mehr als reine Beeinflussung, sondern schon mehr als „blinder Gehorsam“ aufzufassen. Aus anderen Versuchen aber folgert Dück, daß trotzdem auch die einfache Beeinflußbarkeit eine große Rolle spielt, woher denn auch im Schulleben ein besonderer Wert auf die Ausbildung der äußeren und inneren Persönlichkeit der Lehrer gelegt werden müsse.

Freud (158) bespricht in einem kurzen Aufsatze die Dynamik der Übertragung; er geht davon aus, daß nur ein Teil der das Liebesleben bestimmenden Regungen die volle psychische Entwicklung durchmacht und die bewußte Libido beherrscht, ein anderer Teil bleibt unentwickelt, im Unbewußten, aber beide Faktoren nehmen Anteil an der Einstellung der sexuellen Bedürfnisse. „Es ist also völlig normal und verständlich, wenn die erwartungsvoll bereitgehaltene Libidobesetzung des teilweise Unbefriedigten sich der Person des Arztes zuwendet.“ Meist geschieht das in der Form der „Vater-Imago“. Diese Übertragung bildet nun das größte Hindernis bei der psychoanalytischen Behandlung, sie bedingt die stärksten Widerstände; denn das Geständnis dieser, sich auf die Person des Arztes richtenden Wunschregungen ist erklärlicherweise besonders erschwert. Freud unterscheidet ferner eine „positive“ von einer „negativen“ Übertragung. Durch Bewußtmachen der Übertragung heben wir diese beiden Komponenten des Gefühlsaktes auf und lösen sie von der Person des Arztes ab. Die Bezwingung der Übertragungsphänomene ermöglicht es, „die verborgenen und vergessenen Liebesregungen der Kranken aktuell und manifest zu machen, denn schließlich kann Niemand in absentia oder effigie erschlagen werden“. (Weshalb die „bereitgehaltene Libidobesetzung usw.“ normaler und verständlicherweise auf den Arzt oder jede beliebige andere Person übertragen



werden soll, bleibt dem Ref. verschlossen. Hier wie überall bei Freud stoßen wir auf die Überschätzung der Sexualität, die auch in dem folgenden Satz sich drastisch genug ausspricht: „Ursprünglich haben wir nur Sexualobjekte gekannt; die Psychoanalyse zeigt uns, daß die bloß geschätzten oder verehrten Personen unserer Realität für das Unbewußte in uns immer noch Sexualobjekte sein können.“)

Gegen die Kritik Kronfelds (vgl. diesen Jahresbericht Bd. XV S. 1003) wendet sich **Bleuler** (45). Er versucht nachzuweisen, daß Kronfeld den Kern von Freuds Lehren gar nicht getroffen habe, auch gar nicht treffen konnte, da es eine „Psychologie der Freudschen Schule“ gar nicht gibt. Jeder Autor (Freud, Jung, Bleuler) hat seine eigene Psychologie; sie treffen sich nur auf dem Gebiete der Beobachtung, und daß sie sich dort treffen, trotzdem sie von diametral verschiedenen Voraussetzungen ausgehen, ist für Bleuler der beste Beweis für die Richtigkeit seiner Anschauungen.

Bleuler (46) untersucht jene Denkform, die er als „Autismus“ bezeichnet hat. Sein (gekürztes) Resümee lautet folgendermaßen: „Es gibt ein Denken, das unabhängig ist von logischen Regeln und an deren Statt durch affektive Bedürfnisse dirigiert wird (autistisches Denken). Es kommt am ausgesprochensten in der Dementia praecox und im Traum vor, dann in Mythologie und Aberglauben und in den Tagträumen des Hysterischen und des Gesunden und in der Poesie. Das autistische Denken kann für seine Zwecke ganz unlogisches Material benutzen. Das der Realität entsprechende logische Denken ist eine gedankliche Reproduktion solcher Verbindungen, die uns die Wirklichkeit bietet. Das autistische Denken wird durch die Strebungen dirigiert; im Sinne der Strebungen wird gedacht ohne Rücksicht auf Logik und Wirklichkeit. Die den Strebungen zugrunde liegenden Affekte bahnen nach den bekannten Gesetzen ihnen entsprechende Assoziationen und hemmen widersprechende. Das autistische Denken kann bewußt oder unbewußt sein, ganz wie das logische. In der Dementia praecox aber treten mit einer gewissen Vorliebe fertige Resultate desselben als Halluzinationen, primordiale Wahnideen, Erinnerungstäuschungen ins Bewußtsein. Die Ausarbeitung ist dann im Unbewußten geschehen. Das autistische Denken ist nicht eine primitive Denkform. Das gewöhnliche Denken, die fonction du réel, ist das Primäre und kann so wenig wie das der Realität entsprechende Handeln von einem mit Psyche ausgestatteten Geschöpf, das lebensfähig ist, entbehrt werden.“

Nunberg (402) analysiert den Begriff „Wunsch“ und erklärt diesen als die Tendenz zur Erreichung der Lust auf dem Wege der Erlebnisse. Diese Tendenz entsteht infolge der Unlustgefühle bei ungesättigten Trieben. Das zweite Merkmal des Wunschgefühles ist die Tendenz zur Wiederholung gewisser schon einmal durchgemachter Erlebnisse. Der Wunsch hat immer die Tendenz zur Realisierung, welche bald tatsächlich, bald illusorisch in Phantasien oder Halluzinationen erfolgen kann. Die illusorische Realisierung ist für die Denkweise der primitiven Völker charakteristisch: bei modernen Menschen kommt sie in Träumen, in der Psychose und in der künstlerischen Tätigkeit zum Vorschein. (*Sterling.*)

Ellis (124) gibt eine ganz gedrängte Darstellung der Freudschen Auffassung der Psychoneurosen und weist darauf hin, daß Freud einen Vorgänger hatte, einen Anhänger der Swedenborgschen Mystik Wilkinson, der 1859 mystische Knittelverse veröffentlichte, die nach der „Methode der Impressionen“ geschrieben waren, indem der Verf. nach Stellung des Themas einfach seine ersten Einfälle notierte. Verf. ist der Meinung, daß „Freud



in einigen Fällen der Nachweis gelungen ist, daß seine Erklärungen sich mit den Tatsachen decken". Doch ist er der Ansicht, „daß er zu schnell verallgemeinert und daß er allzu streng jeden Erklärungsversuch ausschließt, der nicht im Kreise seiner Theorie bleibt". *(Frankfurther.)*

Silberer (529) erörtert, daß bei den mantischen Künsten neben der rein manuellen Verrichtung, die nach einer Regel ausgeführt wurde, immer noch unbestimmte Elemente Eingang in die mantische Handlung fanden. Diese unbestimmten Elemente lagen entweder im äußeren Naturgeschehen (Vogelflug, Wehen des Windes) oder aber in den Menschen. Damit sind Handlungen einbezogen, auf die der Seher zwar keinen bewußten Einfluß hat, die aber unter Mitwirkung seiner Psyche zustandekommen. Die Mantik bedient sich hier des Unbewußten in unwillkürlichen Bewegungen, phantasmenhaften Apperzeptionen, Visionen usw. Das gleiche Ziel der Erschließung des Unbewußten hat die Psychoanalyse. Ein störender Nebenerfolg bei den mantischen Praktiken war, daß der Sehende statt der „Wahrheit" die Sedimente seines eigenen irdischen Wesens erschaute. Daher die mannigfachen Reinheitsvorschriften und Gebräuche. Gerade diese Erkenntnis der eigenen Seele ist aber Ziel der Psychoanalyse, die sich deshalb die mantischen Praktiken zu eigen machen sollte. *(Frankfurther.)*

Nach einem zusammenfassenden Referat der Komplexlehre nach Jung, Bleuler, Semon, von Freuds Libidolehre und Adlers Lehre, vom männlichen Protest und der Organminderwertigkeiten, wobei danach gestrebt wurde, die etwaigen Lücken derart auszufüllen, daß ein zusammenhängendes Ganzes entsteht, wendet sich **Stärcke** (551) zu den Einwendungen, die gegen das Freudsche Gebäude gemacht wurden. Die ethischen Beschwerden halten gegen Kritik nicht Stand. Es ist zwar eine enge Indikationsstellung notwendig, man halte dabei aber in Rechnung mit der Tatsache, daß jede Neurose ein ernstes Leiden darstellt, und daß von dem chronisch Nervenkranken auch die Umgebung vampyrisiert wird. Die Analyse kann auch nicht leicht zu tief gehen. Ebenso wie es feststeht, daß die Behandlung nur gelingen wird, wenn der Kranke aus der Krankheit keinen großen Gewinn zieht, so wird auch das Leben nur so weit deutbar, als es ein Konflikt versteckt. Eine ganz und gar glückliche Liebe wird sich einfach nicht analysieren lassen. Die Beschuldigungen der entlassenen Kranken sind gesetzmäßige Folgen der nichtanalysierten negativen Übertragungsreste und sollten mit derselben Kritik aufgefaßt werden wie die posthypnotische Beschuldigungen einer Hysterika gegen ihren Hypnotiseur. Wenn Isserlin sie zu einer Basis für seine Überzeugung erhebt, so kann man sich nur darüber wundern, daß seine Kritik ihn in diesem einen Punkt verläßt. Faktisch gibt es keine zweite therapeutische Methode, die auf einer so hohen ethischen Basis steht wie die Psychoanalyse, keine, die so viele Anforderungen an den behandelnden Arzt stellt.

Die Sexualsymbolik ist nicht auf das leichtsinnige Wien beschränkt, sondern kommt bei den kaltblütigen Holländern in ganz derselben Weise und in derselben unbeschränkten Bedeutung vor, ebenso wie an allen anderen Orten, wo Psychiatrie geübt wird. Die Gegner leiden zum Teil an Sexualblindheit. Die experimentellen Einwendungen berücksichtigen nicht die post-kritischen Störungen, die unbekannten, z. B. erotischen Komplexen der Personen, sie arbeiten mit zuvor gewählten Komplexreizworten; nach der Erfahrung ist es aber in hohem Grade unsicher, ob gerade diese den Komplex treffen, sie benutzen zu wenig Komplexzeichen, jeder dieser 4 Hauptfehler genügt, um ihre Bedeutung zu vernichten. Ausführlich wird die Arbeit Kronfelds widerlegt. Freuds Lehre besteht aus einer Reihe



von Arbeitshypothesen in fortwährender Berührung mit den Tatsachen vielfach modifiziert, weiter aus Theorien, die unter Voraussetzung der ersten Reihe, direkt aus den Tatsachen abgeleitet sind. Zu letzteren gehört u. a. auch die Sexualsymbolik. Von Zirkelschluß ist dabei nicht die Rede. Es ist gerade ein nicht hoch genug einzuschätzendes Verdienst von Freuds Lehre, daß die Bewußtseinserscheinungen aus dem kausalen psychischen Zusammenhang ausgeschaltet werden; damit wird aber mehreren Argumenten Kronfelds die Kraft genommen. Bei allem ihm von Verf. gezollten Lob muß doch gesagt werden, daß viele der scharfsinnigen Beweisführungen Kronfelds, z. B. die gegen die theoretische Verwendung der Assoziation, die gegen die Lehre vom Wahrnehmungscharakter des Bewußtseins, gegen die Lehre von Zensur und Widerstand, nur dadurch möglich wurden, daß Kronfeld die Lehre nicht verstanden hat. Er verwechselt „Ubw." mit „unbewußt". Unbewußt sind aber auch das Vbw. und alle Er-systeme. Auch „Bew." ist nicht identisch mit „Bewußtsein". Das „Bew." ist eine Funktion, ein hypothetisches psychisches System, wovon „Bewußtsein" ein Kriterium ist.

Zwischen Zweckmäßigkeit und Bewußtheit besteht keine Korrelation. Kronfelds Meinung, daß Verdrängungs- und Komplexbegriff zwei kontradiktorische Merkmale enthalten, beruht nur darauf, daß er die durchgreifende Scheidung, welche die Erregungswelle im Vbw. erfährt, nl. in den beiden Richtungen zu dem „Bew." und zur Tat, jede mit ihren Hemmungseinrichtungen, nicht verstanden hat. Der Komplex ist, seinem Wesen nach, unbewußt. Seine Funktion ist die Ekphorie. Damit ist aber ein ganz oder teilweises Bewußtwerden nicht notwendig verbunden. Es können sogar Komplexe ekphoriert werden, die für das Bewußtsein ungeeignet sind (Erblichkeitserscheinungen, Semons phasogene und chronogene Ekphorie usw.). Bei fast allen Äußerungen der Menschen muß man latenten und manifesten Inhalt unterscheiden; die nicht Freudsche Psychologie ist die Psychologie der Maske.

In einem weiteren Kapitel wird Anknüpfung gesucht mit der Gehirnphysiologie. Edingers Paläenzephalon ist das Korrelat des „Primären psychischen Apparats" Freuds, an welchen noch das Vbw.-system fehlt. Die Hirnrinde ist ein Realitätsorgan; es sind darin die Projektionsfelder von anderen Systemen geschieden, welche Übertragung und Verdrängung besorgen.

Das folgende Kapitel bespricht die Stellung der Psychiatrie zur Biopsychiatrie. Es wird festgestellt, daß die Heredität oft nur scheinbar, und durch Einwirkung eines neurotischen Verwandten zeitlebens, vorgetäuscht wird. Ein abnormes Familienleben legt oft die Keime zur Neurose. Es wird die These ausgesprochen, daß der Neurotiker ursprünglich ein psychisch Gynandromorph sei. Der Korrelationsverlust, der die Degeneration darstellt (Cox), kann seinen Grund haben in psychischer Sexualmosaikbildung. Die beiden Geschlechter folgen darin dem Gesetze der Bastardierung.

Die begünstigenden Momente für das Entstehen der Psychiatrie sieht Verf. in dem Protest gegen den fatalistischen Geist der vorigen Epoche, weiter in dem Fiasko der physiologischen Psychologie und vor allem in der sexuellen Not. Der Hunger hat die Liebe zu sehr in die Ecke gejagt; die Menschheit erträgt die Kultur nicht weiter. Durch diese gemeinsame Triebfeder, die unterdrückte Liebe, gehört Freuds Lehre zur Universalbewegung der Romantik, zu der auch die literarische Revolution der letzten Jahrzehnte gehört. (*Autoreferat.*)

Das Merkwürdige bei der Besprechung der Freudschen Lehren in dem niederländischen Psychiater- und Neurologenvereine, der dieses Thema für

seine Jahresversammlung gewählt hatte, war wohl, daß von den beiden Reff., der eine **Stärcke** (550) Anhänger, der andere (Bouman) wenigstens kein Vollblutgegner war, so daß der Lehre weit mehr Anerkennung zuteil ward, als wir es in Deutschland gewohnt sind. Auch von den Diskussionsrednern sprachen mehrere zugunsten einer Sexualanalyse, sei es denn auch, daß sie die Freudsche Technik dazu nicht richtig beurteilten.

Stärcke illustrierte die Freudschen Begriffe von Verdichtung und Verschiebung mit zahlreichen Projektionsbeispielen aus Kunst und Religionsgeschichte; eine zweite Serie Figuren diente zur Erläuterung der großen Bedeutung, welche die Sexualität im engeren Sinne für das Unbewußte hat, so daß beinahe alle Symbole auch eine sexuelle Seite haben. Die Kopulationsorgane dienen nicht nur zur symbolischen Darstellung der intensivsten Lust, sondern sie sind auch Symbole der kosmischen Fruchtbarkeit und der schöpferischen Macht. In dieser Qualität genossen sie, und speziell das Membrum masculinum, als auffallendster Teil, bei allen primitiven Völkern göttliche Verehrung (Priapus- und Phalluskulte).

In neuerer Zeit sind die Phalluskulte nicht verschwunden, wie man glauben möchte, sondern bestehen, noch zum Teil unverändert, wie die Votivopfer an Kosimo und Damianus zu Isernia, die 1780 gebracht wurden, beweisen, zum größten Teil nach dem Unbewußten verdrängt, wie es im Traume und in den Psychosen sich äußert. (*Stärcke.*)

Bouman (56a) wiederholt die Kritiken von Kronfeld und Isserlin, betont weiter, daß die Emotionshysterie von der degenerativen Hysterie geschieden werden muß. Auch die Freudsche Auffassung der Aktualneurosen verwirft er; auch die Symbolik kommt ihm gesucht vor. Er meint aber, sollte es sich auch herausstellen, daß alle Freudschen Mechanismen weiter nichts als Spielereien wären, so täte man doch gut, in der Zukunft auf diese Dinge mehr acht zu geben. Seine eigene Erfahrung führte ihn schon dazu, Beispiele der Symbolik von rechts und links kennen zu lernen, die nicht herausgedeutet, sondern von der Kranken einfach mitgeteilt wurden. In der mit Takt geführten Analyse sieht er keine Gefahr für die Kranken. Auch das Problem der sexuellen Abstinenz verlangt unsere Aufmerksamkeit.

Die Diskussionsredner zeigten im allgemeinen, daß der Gegenstand jetzt für die Besprechung reif ist, mit Ausnahme von Heilbronner, der seiner Auffassung der Liebesprobleme mit dem Schlagwort „Schweinerei" die Ewigkeit versicherte. (*Stärcke.*)

Bouman (56b) wünscht nicht zu den übrigen Anhängern Freuds gezählt zu werden, er äußert die üblichen Bedenken (die Folgen noch nicht weit genug vorgeschrittener Selbstanalyse) und kommt dabei doch schon jetzt zu der Konklusion, daß so neue und grundsätzliche Tatsachen zutage gefördert seien, daß von jetzt an eine wissenschaftliche Periode anfangen wird, die reiche Resultate verspricht. Fortgesetzte Beschäftigung mit der Psychiatrie wird Verf. wahrscheinlich definitiv überzeugen, wenn nicht gesellschaftliche Einflüsse dazwischenkommen. Ein Wort von Dank schon jetzt. (*Stärcke.*)

Rank und **Sachs** (459) leiten die neue Zeitschrift Imago ein, die der Anwendung der Psychoanalyse auf die Geisteswissenschaften dienen soll. Sie geben dazu einen raschen Überblick über die Entwicklung der Freudschen Lehre und weisen dann darauf hin, daß alle jene seelischen Eindrücke und Vorgänge, die als Ursachen der Gemütserkrankungen erkannt worden waren, sich bei normal gebliebenen und selbst zu besonders hohen Leistungen befähigten Menschen in gleichem Ausmaße fanden. Das Seelenleben des Gemütskranken erleichterte nur durch seine übertreibende Verzerrung den



Einblick in die Mechanik des gesamten geistigen Geschehens. Durch die Psychoanalyse wurde das unbewußte Seelenleben im Menschen erschlossen; und den Zugang dazu boten die Fehlleistungen des Alltagslebens und der Traum. Von hier aus führte der Weg zum Studium der Kindheit, zu der Zeit, in der der Ausgang des großen Verdrängungskampfes jedes Menschen noch nicht entschieden ist, zu den ersten Konflikten der kindlichen, die mit leidenschaftlichen Zu- und Abneigungen einherzuziehen pflegen. Hier waren die Kinderspiele und die kindlichen Sexualtheorien von Wichtigkeit, dann die einsetzende Sublimierung, die Triebe vom grobsexuellen Gebiet eng auf ein dem gewonnenen sozialen Niveau angepaßtes höheres Befriedigungsobjekt lenkt. Ein anderer Weg zur Einordnung ist die Reaktionsbildung, die neben der Sublimierung von entschieden kulturellem Werte ist. Durch die infantil sexuellen Triebe und die Art ihrer Verwertung ist der Charakter des Menschen in erster Linie bestimmt. Die Wichtigkeit dieser Erkenntnis für die Pädagogik ist ohne weiteres klar. Die scheinbar untergegangenen Triebregungen der Kinderzeit bleiben auch im Erwachsenen tätig und wirken bestimmend auf seine Handlungen, seinen Charakter und alle seine Äußerungen ein. Das gleiche erscheint auch im Seelenleben der gesamten Menschheit wieder. Die gleichen Konflikte, an denen der Neurotiker scheitert, und an deren Bewältigung der Normale zeitlebens mit mehr oder weniger Erfolg arbeitet, schaffen sich in Religion, Mythus und Kunst gewaltige Durchbruchsgebilde, für die im praktischen Kulturleben unverwertbar gewordenen mächtigen Triebregungen. Eine andere Ausdrucksform der verdrängten Komplexe für den Kulturmenschen ist der Vers, bei dem zum Gelingen der Verhüllung, in ähnlicher Weise wie beim Kunstwerk, die Form beiträgt. Die Mittel der verhüllenden Darstellung, die Symbolik, finden sich, ebenso wie bei jeder Äußerung des Unbewußten, in kultischen Gebräuchen und religiösen Mythen, in Märchen und Heldensagen. „Eine wirkliche Seelenkunde, die den aus den Tiefen des Unbewußten immer neu hervorsprudelnden Phantasien den ihnen gebührenden weiten Geltungsbereich zuweist und sie durch alle Schichtungen und Bedeutungswandlungen hindurch auf ihre eigentlichen Wurzeln zurückzuführen vermag, muß deshalb alle Geisteswissenschaften verrichten und ihnen neue Probleme und Lösungen bringen." (*Frankfurther.*)

Wulff (632) zeigt, wie die „falschen Einfälle" und „erlogenen Erlebnisse", die der Patient während der Psychoanalyse zur Irreführung des Arztes unter Umständen erfindet, selbst wieder zur Aufdeckung weiterer Züge verwendet werden können. Gleichzeitig erwies sich, wie die passiv-masochistisch-homosexuelle Angst des Patienten vom Bewußtsein nach außen hin auf den Mann projiziert und als Verfolgung aufgefaßt wird und so zur Bildung paranoider Ideen führt. (*Frankfurther.*)

Nach **Ferenczi** (137) erhält Arzt und Patient die überzeugenden Eindrücke von der Richtigkeit der analytischen Symptomenerklärungen erst in der Übertragung. Nur was affektiv erlebt ist, kann zu einer echten Überzeugung werden. Besonders überzeugend sind dabei solche Symptome, die während der Analyse für kürzere oder längere Zeit entstehen und dann vergehen. So treten bei Hysterischen plötzlich als Unterbrechungen der analytischen Arbeit körperliche Erscheinungen motorischer oder sensorischer Natur auf, die sich als symptomatische Darstellungen von unbewußten Gefühls- und Gedankenregungen analysieren lassen, die durch die Analyse aus ihrer Inaktivität aufgerüttelt wurden und der Bewußtseinsschwelle nahegerückt sind, diese aber ihres unlustvollen Charakters wegen nicht überschreiten. Ihre nicht mehr ganz unterdrückbare Erregungsmenge wird zum Hervorbringen körperlicher Symptome verwandt. Ebenso können flüchtige Zwangs-



erscheinungen auftreten, wie denn etwas der Zwangsvorstellung ähnliches in jedem noch so sinnlosen Einfall steckt, der sinnvolle, aber verdrängte Vorstellungen im Bewußtsein substituiert. So kann sich der indirekte Widerspruch des Patienten gegen die Erklärungen der Analysis in solchen Zwangserscheinungen äußern. Auch echte Halluzinationen kommen, wenn auch selten vor, wobei die halluzinatorisch-symbolische Darstellung das letzte Mittel ist, um dem Bewußtwerden gewisser Einsichten zu entgehen. Ebenso sind illusionäre Täuschungen und flüchtige Charakterregressionen während der Analyse häufig. Letztere bestehen darin, daß gewisse Charakterzüge vorübergehend ihre Sublimierungen verlieren und plötzlich auf jene primitiv infantile Stufe des Trieblebens regredieren, aus der sie seinerzeit ihren Ursprung nahmen. Auf diesen Mechanismus ist der plötzliche Harn- und Stuhldrang während der Analysenstunde, das Wiederauftreten der Onanie und homosexueller Zwangsideen zurückzuführen. Wichtig sind für den Fortschritt der Analyse die Ausdrucksverschiebungen. So tritt Gähnen statt Weinen ein, ein Patient mußte husten, wenn er etwas verschweigen wollte, andere produzierten dann ein Gurren im Magen. Diese passageren Symptombildungen ermöglichen uns, da sie vor unsern Augen entstehen und vergehen, einen Einblick in die Dynamik des Erkrankens. Es wird auch wahrscheinlich, daß für die „großen" Neurosen dasselbe gilt, wie für diese „kleinen", daß es nämlich zur Bildung von Symptomen nur kommt, wenn verdrängte Komplexanteile auf äußere oder innere Anlässe hin mit dem Bewußtsein in assoziative Verbindung zu treten, d. h. bewußt zu werden drohen, und dadurch das Gleichgewicht einer früher stattgehabten Verdrängung gestört wird. (*Frankfurther.*)

Rank (456) teilt einige analysierte Fehlleistungen aus dem Alltagsleben mit, weil in ihnen meist eine besonders große psychologische Durchsichtigkeit besteht. Der erste Fall ist noch dadurch bemerkenswert, daß die Symptomhandlung einem unterdrückten Gedanken Ausdruck verschaffte, der dann nachher im Traumleben noch etwas weitherziger ausgesponnen wurde. Im dritten Fall, bei dem die Beschenkte das Geschenk des Geliebten aus Mißachtung und erloschener Zuneigung verlor, zeigt Verbindungen zu dem Aberglauben, daß man Dinge verliert, weil sie einem der andere nicht „vergönne". Auch eine Sinnestäuschung, der der Verf. unterlegen war, ließ sich auf unbewußte Wünsche und ihre Durchsetzung zurückführen. (*Frankfurther.*)

Epstein (126) teilt den Fall eines Patienten mit, der, ohne psychoanalytisch behandelt worden zu sein, in die Nähe des Arztes zog, um täglich an dessen Hause vorüberzugehen und ihm möglichst nahe zu sein, also deutlich auf diesen „übertragen" hatte. Noch zwei weitere Fälle werden angeführt, von denen einer die Übertragung erst nach längerer Unterbrechung der Behandlung zeigte, der andere sie bewußt im Wachzustande und auch unbewußt in den Träumen aufwies. (*Frankfurther.*)

Seinem Vorschlage gemäß hat **Silberer** (530) lekanomantische Versuche in die Psychoanalyse eingeführt, indem er seine Versuchsperson ganz in der überlieferten Weise in eine gläserne Abdampfschale blicken ließ, die durch drei Kerzen beleuchtet wurde. Die geschauten Bilder wurden analysiert und diese Analyse auch durch Analyse von Träumen ergänzt. Im Laufe der Versuche trat immer deutlicher die Tendenz der Visionen auf, als symbolische Repräsentanten von Mächten und Vorgängen in der Psyche der Versuchsperson aufzutreten und so zu einer Selbstschau zu führen. Nach der Nomenklatur des Verf.s rechnet er diese Symbolik zur funktionalen Kategorie. (*Frankfurther.*)

Pfister (422) gibt einige Beispiele analytischer Erziehungsarbeit aus seiner eigenen Praxis pädagogischer und seelsorgerischer Tätigkeit. Es ge-



hören dazu Fälle von Lügenhaftigkeit, Kleptomanie, Tierquälerei, Arbeitsscheu, Widerwille gegen einzelne Speisen, die sich in vielen Fällen leicht beseitigen ließen. Die verheerenden Wirkungen körperlicher Strafen werden durch die Analyse aufgedeckt, ferner die Folgen vorenthaltener sexueller Aufklärung. Seltsamkeiten mancher Zöglinge können aufgeklärt und beseitigt werden, die sonst keiner Beeinflussung und Strafe zugänglich erschienen. Immer haben in den angeführten Fällen kurze Aufklärungen genügt, um Änderungen des Verhaltens oder Befreiung von störenden Gedanken und Zwangshandlungen herbeizuführen. Eine restlose Analyse ist gar nicht erforderlich, nur wo ungesunde, ethisch und hygienisch schädliche Komplexe vorliegen, ist ihre Beseitigung erforderlich. In schwierigen und pathologischen Fällen wird der Erzieher stets den Arzt zur Hilfe heranziehen; aber es fehlt ihm auch nicht die psychologische Vorbildung, um die psychoanalytische Methode innerhalb der Grenzen seines Faches als Fachmann und nicht nur als Laie zu handhaben. (*Frankfurther.*)

Dattner (90) konnte in sechs Tagen an einem Stotterer durch psychoanalytische Behandlung Heilung erzielen. Das Stottern wurde zurückgeführt auf ein sexuelles Erlebnis mit der Schwester, das Patient als 6jähriges Kind vollführte. Die Schwester starb später, so daß Patient „nicht mehr Sühne finden konnte“. Es quält ihn der Gedanke an dieses Geheimnis, er fürchtet sich zu verraten, und hieraus resultiert seine Sprachstörung, die sich besonders auf einzelne Worte, z. B. den weiblichen und männlichen Artikel richtete. Für die einzelnen Worte, die besondere Schwierigkeiten machten, konnten bestimmte Komplexe nachgewiesen werden. Das ganze Leiden war Schuldbewußtsein und Angst vor Strafe. (*Frankfurther.*)

Allgemeine Ätiologie, Symptomatologie und Diagnostik der Geisteskrankheiten.

Ref.: Prof. Dr. Boedecker-Schlachtensee b. Berlin, Dr. Bruno Saaler-Charlottenburg und Dr. Willibald Sossinka-Scheibe b. Glatz.

1. Abundo, G. d.', Sulla importanza dei focolai distruttizi corticali in patologia mentale. Riv. ital. di Neur. 5. 1.
2. Derselbe, Turbe neuro-psichiche consecutive alle commozioni della guerra Italo-Turca. ibidem. 5. 257.
3. Adler, Alfred, Das organische Substrat der Psychoneurosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 3/4. p. 481.

3a. Agosti, J., Die klinische Bedeutung der Butenkoschen Reaktion. Rivista italiana di Neur., Psich. ed Elet. Bd. V.

4. Albertti, A., Le malattie mentali nella provincia di Pesaro ed Urbino. Note e riviste di Psichiatria. 5. 37.
5. Albrecht, Gleichartige und ungleichartige Vererbung der Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XI. H. 5. p. 541.
6. Algeri, Relazione economico-morale della Società Freniatrica Italiana. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 24. (**Sitzungsbericht.**)
7. Allers, Rudolf, Ergebnisse stoffwechselpathologischer Untersuchungen bei Psychosen. I. (Über Stoffwechselversuche an Geisteskranken überhaupt und über Epilepsie.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Referate. Bd. IV. H. 8.—9 p. 737. 833.
8. Derselbe, Die Anwendung und Bedeutung der Immunitätsforschung in der Psychiatrie. **Sammelbericht.** Zeitschr. f. Chemotherapie. Referate. Bd. I. H. 10—11. p. 986.
9. Alzheimer, A., Ergebnisse auf dem Gebiete der pathologischen Histologie der Geistesstörungen. I. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. V. H. 8. p. 753.



10. Derselbe, Nachtrag zu: Untersuchungen zur feineren Histologie der Psychosen. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 51. p. 515.
11. Anormale, L'enfance anormale. Revue mensuelle. Okt. Lyon.
12. Antheaume, A., et Trepsat, L., Délire d'imagination et psychose périodique. L'Encéphale. 2. S. No. 9. p. 161.
13. Aschaffenburg, Handbuch der Psychiatrie. Leipzig-Wien. Franz Deuticke.
14. Authier, R., Quelques observations de maladies mentales dans le Sud Tunisien. La Tunisie médicale. 1911. No. 12. p. 436—440.
15. Bakody, A., Über die prognostische Bedeutung der katatonischen Symptome bei Amentia. Gyógyászat. 52. 184.
16. Derselbe, Pupillenveränderungen bei Krankheitsprozessen mit Demenz. ibidem. 52. No. 18. p. 201.
17. Barbé, A., Idées de négation dans la sénilité. Revue neurol. 1. S. p. 855. (Sitzungsbericht.)
18. Derselbe et Lévy-Valensi, Un cas de barrage du volonté. ibidem. 1. S. p. 478. (Sitzungsbericht.)
19. Barnes, Francis M., The Syphilitic Psychoses. Medical Record. Vol. 82. No. 16. p. 691.
20. Derselbe, Mental Disorders Associated with Brain Syphilis. The Amer. Journal of Insanity. 68. 633.
21. Derselbe, Errors in Clinical Diagnosis of Mental Disorders Associated with Cerebral Syphilis. Arch. of Diagnosis. Oct.
22. Barnes Fill, Chemistry of Nervous and Mental Diseases. Amer. Journ. of Insanity. 68. 431.
23. Beach, L. A., Early Diagnosis of Mental Diseases. Journal of Jowa State Med. Soc. Oct.
24. Bechterew, W. v., Die Hauptaufgaben der Psychiatrie, als objektiver Wissenschaft. Russ. Arzt. 10. 181.
25. Derselbe, Sur les rapports existant entre maladies nerveuses et mentales. Arch. de Neurol. Vol. I. 9. S. No. 1. p. 1.
26. Derselbe und Wladyczko, S., Beiträge zur Methodik der objektiven Untersuchung von Geisteskranken. Zeitschr. f. Psychotherapie. 1911. 3. 87.
27. Becker, Wern. H., Für und wider Kraepelin. Eine psychiatrisch-terminologische Betrachtung. Moderne Medizin. No. 3. p. 54.
28. Derselbe, Psychiatrische Krankheitsbezeichnungen. Neue Forschungsergebnisse und Diskussionen. Deutsch. Aerzte-Ztg. No. 10. p. 145.
29. Derselbe, Über den Einfluss des Abdominaltyphus auf bestehende geistige Erkrankung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 6. p. 799.
30. Béco, Maniakalische Erregung im Verlauf einer akuten Otitis media. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 88. p. 65. (Sitzungsbericht.)
31. Beesau, Un mot sur quelques synthèses de Guislain. Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique. 28.
32. Benon, R., et Bonvallet, P., Ictus, épilepsie jacksonienne, et asthéno-manie. Ann. médico-psychol. 10. S. T. I. p. 149.
33. Derselbe et Froger, P., Du délire chez les enfants. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 4. p. 343.
34. Benthin, Walther, Der Blutzuckergehalt bei genital bedingten Blutungen und bei Psychoneurosen. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXXI. H. 3. p. 532.
35. Bérillon, Le nerveux et le mental. Les caractères distincts de la névropathie et da psychopathie. Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique. 187.
36. Bernheim, P., De l'auto-suggestion. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. 16. No. 7. p. 266.
37. Bertschinger, H., Illustrierte Halluzinationen. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forschungen. 3. 69.
38. Derselbe, Über Gelegenheitsursachen gewisser Neurosen und Psychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 5. p. 588.
39. Biauté, De la mythomanie infantile. Gaz. méd. de Nantes. No. 14. p. 261—271.
39a. Derselbe, Classification de Guislain. ibidem. No. 42. p. 821—833.
40. Bichat, Les hypochondriaques. Bulletin médical. 26. VI.
41. Binet et Sanglé, Les phénomènes de circuit interrompu et court circuit en pathologie nerveuse et mentale. Revue de Psych. 1911. 15. 338.
42. Birnbaum, Karl, Die krankhafte Willensschwäche und ihre Erscheinungsformen. Eine psycho-pathologische Studie für Aerzte, Pädagogen und gebildete Laien. Grenzfragen d. Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1911.
43. Blondel, Ch., Crise anxieuse avec manifestations obsédantes relatives à la récente éclipse. Revue neurol. 1. S. p. 854. (Sitzungsbericht.)
44. Bloss, J. R., Value of Early Diagnosis in Cases of Mental Disease. West Virginia Med. Journ. Jan.
45. Boas, K., August Cramer †. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 1/2. p. 65.



46. Bonhoeffer, H., Zur pathologischen Auffassung der Zwangsvorstellungen. Neurol. Centralbl. 1913. p. 73. **(Sitzungsbericht.)**
47. Derselbe, Über die Bedeutung der psychiatrischen Untersuchungsmethoden für die allgemeine ärztliche Ausbildung. Berliner klin. Wochenschr. No. 20. p. 925.
48. Bonnier, Pierre, Réactions génitales dans l'anxiété. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 13. p. 520.
49. Boon, D. L., Ankylostomiasis und Irresein. Geneesk. Tijdschr. v. Ned.-Indie. **52.** 282.
50. Bornstein, Maurycy, Zur Frage der kombinierten Psychosen und der pathologischen Anatomie der Landryschen Paralyse. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. (Originale.) Bd. 13. H. 1. p. 1.
51. Boschi, G., Manifestazioni emorragiche in malati di mente. Giorn. di Psich. clin. 1911. **39.** 129.
52. Bossi, M., Entgegnungen auf die Bemerkungen E. Siemerlings in Kiel: Über die Möglichkeit des Irrsinns genitalen Ursprungs beim Weibe. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 9. p. 269.
53. Derselbe, Neuropsychopathies d'origine génitale. Soc. obstétr. de France. 1911. 5.—7. Oct.
54. Derselbe, Die Beziehungen zwischen Gynaekologie und Psychiatrie. Neurol. Centralbl. p. 590. **(Sitzungsbericht.)**
55. Derselbe, Eierstocks-Uteruskrankheiten und Psychopathien. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 37. p. 1213.
56. Derselbe und Wagner v. Jauregg, Meine Ansichten über die reflektorischen Psychopathien und die Notwendigkeit der Verbesserung des Irrenwesens. — Bemerkungen zu dem vorstehenden Aufsatz. Wiener klin. Wochenschr. No. 47. p. 1868. 1875.
57. Boudon et Genil-Perrin, Un cas de délire de préjudice présénile. Revue neurol. 2. S. p. 155. **(Sitzungsbericht.)**
58. Dieselben, Sur un cas d'obsession génitale. ibidem. 2. S. p. 156. **(Sitzungsbericht.)**
59. Bouman, K. Herman, De klinische beteekenis van het Schedel-Trauma in de Aetiologie der Psychosen. Psych. en neurol. Bladen. No. 2. p. 119.
60. Boyd, William, The Cerebro-Spinal Fluid in Certain Mental Conditions. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 203.
61. Brennecke, Johannes, Zur Symptomatologie und Diagnose der Amentia. Inaug.-Dissert. Kiel.
62. Brenner, Josef, Der psychische Mechanismus der Geisteskrankheiten. Budapest.
63. Bresler, Johannes, Der Zwiesinn. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 3—4. p. 21. 33.
64. Derselbe, Kurzgefasstes Repetitorium der Psychiatrie. Halle. C. Marhold.
65. Derselbe, Psychiatrie und Bakteriologie. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 28. p. 324.
66. Bresowsky, M., Ueber protrahierte Affektsschwankungen und eknoische Zustände. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. Ergänzungsheft. p. 239.
67. Derselbe, Vorübergehende Geisteskrankheiten auf religiöser Grundlage. St. Petersb. mediz. Zeitschr. p. 333. **(Sitzungsbericht.)**
68. Briand et Fillassier, Bouffée ambitieuse à l'occasion de faits exacts chez un intermittent et délire ambitieux chez une dégénérée. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 50. **(Sitzungsbericht.)**
69. Derselbe et Salomon, Débilité mentale avec infantilisme. Cryptorchidie. Dépression mélancolique intermittente; préoccupations hypochondriaques. Arch. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 107. **(Sitzungsbericht.)**
70. Buchanan, J. M., Insanity: its Rapid Increase and Preventive Measures. Southern Med. Journ. June.
71. Bullen, F. St. J., Some Remarks on Insanity; its Classification and Nomenclature. Bristol Medico-Chirurgical Journal. **30.** 205.
72. Bumke, Oswald, Über nervöse Entartung. Berlin. Julius Springer.
73. Campbell, C. M., Role of Education in Prevention of Insanity. New York State Journal of Medicine. Oct.
74. Derselbe, Elements of Insanity. Journ. of Tennessee State Med. Assoc. March.
75. Derselbe, The Form and Content of the Psychosis, the role of Psychyanalysis in Psychiatry. Review of Neurol. and Psych. 1911. **8.** 467.
76. Camus, Paul, Les maladies mentales en 1911. Paris médical. 1911. No. 45. p. 400.
77. Derselbe, Débilité mentale et Paratonie. Revue neurol. 2. S. p. 782. **(Sitzungsbericht.)**
78. Capgras et Terrien, Délire spirite et graphorrée paroxystique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 327. **(Sitzungsbericht.)**
79. Carstensen, Thomas, Beitrag zur Klinik der senilen Seelenstörungen. Inaug.-Dissert. Göttingen.



80. Cascella, P., Sul valore critico della diazoreazione di Ehrlich nei malati di mente. Ann. di Nevrol. 1911. fasc. 4.
81. Ceoikas, J., Contribution à l'étude de l'hérédité pathologique. Revue de Médecine. No. 12. p. 1012.
82. Cerletti, Ugo, Anatomia patologica delle demenze. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 114. **(Sitzungsbericht.)**
83. Derselbe, Per una psichiatria comparata. ibidem. Vol. 38. p. 125. **(Sitzungsbericht.)**
84. Chaslin, Ph., Eléments de sémiologie et clinique mentales. Paris. Asselin et Houzeau.
85. Chijs, Van der, Recherches sur la sensibilité à la douleur chez les normaux et les aliénés. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 53. **(Sitzungsbericht.)**
86. Chodzko, W., Der diagnostische Wert der Cerebrospinalflüssigkeit bei psychischen Erkrankungen. Neurologja polska. 2. H. 5.
87. Chotzen, Präseniler Verblödungsprozess. Berl. klin. Wochenschr. p. 670. **(Sitzungsbericht.)**
87a. Ciccarelli, J., Beitrag zum Studium der neuralgischen Psychosen. Rassegna di Studi psichiatrici. Bd. II. Heft 4.
87b. Cristiani, A., Psychische Störungen und gynäkologische Erkrankungen. Riv. ital. di Neuropatologia, Psich. ed Elet. Bd. V. Heft 7.
88. Clark, L. Pierce, and Atwood, Charles E., A Study of the Significance of the Habit-Movements in Mental Defectives. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 12. p. 838.
89. Claus, A., Soziale Bedeutung der Psychiatrie. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. 3. 307. **(Sitzungsbericht.)**
90. Cole, Herbert P., The Prevention of Postoperative Gynecologic Psychoses. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 3. p. 102.
91. Colin, et Livet, Diagnostic étiologique des fugues. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 328. **(Sitzungsbericht.)**
92. Collin, S., Recherche chez les hérédo-tuberculeux; leur l'hypersuggestibilité, mise en évidence par la conservation des attitudes jointe à la Mythomanie. Revue neurol. No. 11. p. 778. **(Sitzungsbericht.)**
93. Derselbe, Un cas de „déjà vu" chez une comitiale. ibidem. 1913. 1. Sém. p. 147. **(Sitzungsbericht.)**
94. Comby, J., Les délires chez les enfants. Arch. de méd. des enfants. No. 2. p. 128.
95. Coriat, J. H., Edipus-Complex in Psychoneuroses. Journal of Abnormal Psychol. Aug.
96. Derselbe, The Relation of the Apraxia-problem to Psychiatry. The Amer. Journ. of Insanity. **69.** 411.
97. Corson, James Frederick, An Inquiry into the Occurrence of an Inherited Tendency to Insanity in the Insane of a Rural Population. The Journ. of Mental Science. Vol. LVIII. p. 262.
98. Cortesi, Le nouveau sérum et l'hémo-réaction de Rivalta dans les maladies mentales; contribution à l'étude des globulines du sang. Volume jubilaire du Prof. Murri. 1911.
99. Cotton, H. A., Value of Field Work in Study of Heredity in Mental Diseases. Illinois Med. Journal. Oct.
100. Derselbe, Some Problems in the Study in Mental Diseases. The Amer. Journ. of Insanity. **69.** 31.
101. Couchoud, Paul Louis, Les rats de Shah Daula, Microcéphalie héréditaire, type Ewens. L'Encéphale. 1. S. No. 5. p. 460.
102. Courbon, Paul, Valeur séméiologique de l'indifférence affective dans les maladies mentales. ibidem. No. 10. p. 288.
103. Derselbe, Intégrité de la mémoire et démence. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 11. p. 448.
104. Cristiani, A., Disturbi psichici ed affezioni ginecologiche. Riv. ital. di Neuropat. **5.** 289.
105. Crocq, J., Somnambulisme diurne et nocturne, dédoublement de la personnalité, chutes comitiales. Guérison instantanée par la suggestion hypnotique. Journal de Neurologie. No. 13. p. 241.
106. Cruchet, René, Diagnostic pratique de la defience mentale et de ses principales variétés cliniques. La Province médicale. No. 13. p. 146.
107. Cygielstreich, Adam, Der Einfluss der Affekte auf die Entstehung der Geisteskrankheiten. Neurol. Centralbl. 1913. p. 479. **(Sitzungsbericht.)**
108. Derselbe, Les conséquences mentales des émotions de la guerre. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 129. 259.
109. Damaye, Henri, Etudes sur les associations de la confusion mentale. Arch. de Neurol. Vol. I. 10. S. No. 5. p. 273.
110. Derselbe et Desruelles, Maurice, Excitation maniaque chez une déséquilibrée tuberculeuse; les lésions encéphaliques. Echo médical du Nord. 7. mai 1911.



111. Dannemann, Heredität und Psychose. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2292.
112. Dawson, Insanity in Relation to Environmet. Brit. Med. Journal. ' I. p. 490. (Sitzungsbericht.)
113. Derselbe, Insanity in Relation to Some other Circumstances of Life in Ireland. The Dublin Journ. of Med. Science. 3. S. April. p. 225.
114. Demay, Délire systématisé d'origine onirique chez un débile. Arch. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 107. (Sitzungsbericht.)
115. Deny, G., La délimination de la psychiatrie et de la neurologie. L'Encéphale. 1911. 25. août.
116. Dercum, F. X., Profound Somnolence or Narcolepsy. The Journal of Nerv. and Mental Disease. 1913. Vol. 40. p. 185. (Sitzungsbericht.)
117. Deschamps, Albert, La Peur de la durée. Journal des Practiciens. 1911. p. 198.
118. Devaux et Gelmas, Constitution émotive avec colères pathologiques. Revue neurol. 1. S. p. 320. (Sitzungsbericht.)
119. Dexler, Notes de psychopathologie animale. Arch. de Neurologie. 10. S. Vol. II. No. 5—6. p. 273. 355.
120. Dide, Maurice, Les Dyspsychies. L'Encéphale. No. 3. p. 222.
121. Derselbe et Gassiot, Pathogénie de la presbyophrénie (Presbyophrénie et syndrome occipital.) Revue neurol. No. 1. p. 5.
122. Disen, Chas. F., Relations of Calcium to Pretuberculous States, Arteriosclerosis and Insanity. Medical Record. Vol. 82. No. 1. p. 16.
123. Dominguez, C., Desdoblamiento de la personalidad. Semana Medica. Oct. 24.
124. Drenkhahn, Ein Fall von Anarithmie. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 3. p. 93.
125. Drewry, W. F., Mental Defectives. Virginia Med. Semi-Monthly. Jan. 26.
126. Dufour, Henri, Stupeur avec légère confusion mental. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Gaz. des hôpit. p. 841. (Sitzungsbericht.)
127. Dugas, L., Un nouveau cas de dépersonnalisation suivie de l'analyse de quelques autres. Journal de Psychol. norm. et path. No. 1. p. 38—47.
128. Dumas, G., Les contagions entre aliénés. ibidem. 1911. No. 6.
129. Dupouy, Roger, Les thèses de médecine mentale soutenues à la faculté de Paris pendant l'année scolaire. 1910—1911. Ann. méd.-psychol. 10. S. T. II. p. 392.
130. Dupré, E., La constitution émotive. Paris médical. 1911. No. 45. p. 403—408.
131. Derselbe, Auto-mutilation. Un cas d'Eunuchisme. Revue neurol. 2. S. p. 154. (Sitzungsbericht.)
132. Derselbe, et Collin, Débilité mentale et débilité motrice associées. Signe de Babinski permanent. Revue de Psychiatrie. 15. 336.
133. Derselbe et Logre, Cénéstopathie avec réaction morbide l'imagination. ibidem. 1911. 15. 331.
134. Eckert, Karl, Klinische Untersuchungen über Abnahme und Reparation der Merkfähigkeit durch den Gebärakt. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
135. Emerson, Clarence, Glycosuria Among the Insane. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 25. p. 2245.
136. Enge, Psychiatrische Ratschläge für den praktischen Arzt. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 12. p. 360.
137. Engelhard, J. L. B., Ueber Generationspsychosen und den Einfluss der Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten. Zeitschr. f. Geburtshülfe. Bd. LXX. H. 3. p. 727 u. Ned. Tijdschr. v. Verlosk en Gynaecol. 22. 1.
138. Ennen, Die gynaekologische Prophylaxe bei Wahnsinn. (Bemerkungen zu Bossi.) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 922. (Sitzungsbericht.)
139. Eskuchen, Karl, Über halbseitige Gesichtshalluzinationen und halbseitige Sehstörungen. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
140. Evans, W. A., Provention of Insanity. Illinois Med. Journal. Aug.
141. Evensen, Hans, Om sygdomsbrepet i psykiatrien og sindssygdomsdiagnoserne. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. Juli. p. 961.
142. Ewart, C. T., Amenorrhoeal Insanity. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. No. 1. p. 76.
143. Fabinyi, R., Statistische Einteilung der Geisteskrankheiten in den Berichten der ungarischen Irrenanstalten. Elemeorvosi Ertekezlet Munkálatai. 3. 188.
144. Falciola, M., La pressione sanguigna nella frenosi maniaco-depressiva. Prima nota. Parte generale. Fase depressiva. Contributo allo studio della pressione del sangue negli alienati. Giornale di Psich. clin. 1911. 39. 55.
145. Fauser, A., Die Diagnostik der Neurosen und Psychosen. Mediz. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXII. No. 32—33. p. 522. 537.
146. Derselbe, Einige Untersuchungsergebnisse und klinische Ausblicke auf Grund der Abderhaldenschen Anschauungen und Methodik. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 52.



147. Ferris, A. W., Prevention of Insanity. New York State Journ. of Medicine. June.
148. Fillassier, A., Dégénérescence mentale avec troubles de la suggestibilité générale, illusions, interprétations, hallucinations; état anxieux longtemps prolongé sans affaiblissement appréciable. Journal de Neurologie. No. 1. p. 481.
149. Fischer, J., Die Schwierigkeiten im Erkennen der Geisteskrankheiten. Elemeorvosi Ertekezlet Munkálatai. 6. 217.
150. Fischer, Oskar, Ein weiterer Beitrag zur Klinik und Pathologie der presbyophrenen Demenz. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. (Originale.) Bd. 12. H. 1—3. p. 99.
151. Flatau, E., Ein Fall von Spondylitis tuberculosa im höheren Alter (mit psychischen Erscheinungen). Warschauer mediz. Ges. neurol.-psych. Sektion. 4. Nov. 1911.
152. Fleischer, Bruno, Über eine eigenartige bisher unbekannte Krankheit (gekennzeichnet durch Tremor, psychische Störungen, bräunliche Pigmentierung bestimmter Gewebe, insbesondere auch der Hornhautperipherie, Lebercirrhose). Dtsch. Zeitschr. f. Nervenkrankheiten. Bd. 44. H. 3. p. 179.
153. Foerster, Pseudoparalytische Demenz. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1763.
154. Foerster, R., Beziehungen von Beruf und Mode zu Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. Psychotherapie. 1911. 3. 321. u. Stuttgart. F. Encke.
154a. Fornaca, Widerstandsfähigkeit der Leukocyten bei Geisteskranken. Rivista di patologia mentale e nervosa. Bd. 17. Heft 1.
155. Forster, Fall von zirkumskripter Autopsychose auf Grund einer überwertigen Idee. Neurol. Centralbl. 1913. p. 138. (Sitzungsbericht.)
156. Frankhauser, Karl, Über hypertonische und hypotonische Seelenstörungen. Strassburg. J. H. Ed. Heitz. (Heitz & Mündel).
157. Friedman, Henry M., The Diagnosis of Mental Conditions. Medical Record. Vol. 82. No. 18. p. 787.
158. Friedmann, M., Zur Kenntnis der gehäuften nichtepileptischen Absencen im Kindesalter. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 2. p. 245.
159. Fröderström, La dormeuse d'Oknö; 32 ans de stupeur; guérison complète. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 3. p. 267.
160. Fronczak, F. E., Duties of Physicians in Regard to Insanity. Buffalo Med. Journ. June.
161. Fuller, Solomon C., Alzheimers Disease (Senium Praecox) the Report of a Case and Review of Published Cases. The Journ. of Nerv. and Ment. Dis. Vol. 39. No. 7—8. p. 440. 536. und Westborough State Hosp. Papers. Ser. 1. p. 175.
162. Derselbe, Ein Fall von Alzheimerscher Krankheit. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 1—2. p. 158.
163. Derselbe and Klopp, Henry J., Further Observations on Alzheimer Disease. Amer. Journ. of Insanity. Vol. LXIX. No. 1. p. 17.
164. Gakkebusch, und Geier, Über „Alzheimersche Krankheit". Psych. d. Gegenwart. (russ.) 6. 253.
165. Gallais, Alfred; Les troubles nerveux et mentaux dans trois observations personnelles de tumeur primitive de la glande surrénale. Le Virilisme surrénal. Revue neurol. 1. S. p. 582. (Sitzungsbericht.)
166. Galtié, Contribution à l'étude des troubles psychiques dans la ladrerie cérébrale. Gaz. méd. de Bordeaux.
167. Gardi, J., e Prigione, F., Ricerche sperimentali sul meccanismo e sul valore dell'azione antiemolitica esplicata dal siero di sangue dei alienati. Rassegna di Studii psich. I. 1911. fasc. 5.
168. Geissler, W., Über den Stoffwechsel des Geisteskranken. I. u. II. Teil. Fortschritte der Medizin. No. 21—23. p. 641. 683. 710. u. 29—30. 897. 929.
169. Gessner, Die Nerven- und Geisteskrankheiten bei den Juden. Münch. Mediz. Wochenschrift p. 1300. (Sitzungsbericht.)
170. Gibbs, H. J., Some Factors in Etiology of Insanity. Malaya Med. Journal. May.
171. Gilbert-Ballet, La presbyophrénie et la démence précoce. Le Progrès médical. No. 48. p. 598.
172. Givens, Amos J., The Prevention of the Causes of Insanity. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 7. p. 305.
173. Gluck, B. A., A Contribution to the Study of Psychogenesis in the Psychoses. Amer. Journ. of Insanity. 68. 371.
174. Goldmann, R., Ein Fall von akutem Somnambulismus infolge eines periostitisch erkrankten Zahnes. Wiener klin. Wochenschr. No. 34. p. 1292.
175. Goldstein, Kurt, Die Halluzination, ihre Entstehung, ihre Ursachen und ihre Realität. Grenzfragen der Nerven- und Seelenlebens. LXXXVI. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
176. Göransson, Psyche bei Zwillingen. Hygiea. 1911. No. 9.
177. Glueck, B., A Contribution to the Catamnestic Study of the Juvenile Disorders. Govern. Hosp. for the Insane. Washington D. C. Bull. No. 4. 42.



178. Gött, Theodor, Diagnostische Methoden der kindlichen Psychopathien. **Zusammenfassendes Referat.** Zeitschr. f. Kinderheilk. Referate. Bd. I. H. 10. p. 809.
179. Grasset, J., Traité élémentaire de physio-pathologie clinique. Montpellier. Coulet et fils.
180. Gregor, Adalbert, Die prognostische Bedeutung der Puerperalpsychosen. Fortschritte der Medizin. No. 35. p. 1089.
181. Gregory, M. S., Transitory Psychoses. The Journal of Nerv. and Mental Disease. Vol 39. p. 564. **(Sitzungsbericht.)**
182. Greker, R., Die Reaktion auf Berührung bei Katatonikern nach der Methode der assoziativ motorischen Reflexe. Diss. St. Petersburg.
183. Gruhle, Hans W., Die sozialen Aufgaben des Psychiaters. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 3/4. p. 237.
184. Grzywo-Dąbrowski, W., Ein Fall von Pseudohalluzinationen von hypnagogischem Charakter. Neurologja Polska. Bd. II. H. 6.
185. Guierre, F. M., Contribution à l'étude du diagnostic de la démence prise à son début. Thèse de Bordeaux.
186. Guilarowsky, B., Des troubles de la mémoire dans certaines affections en foyer du cerveau. Contribution à l'étude de la pathologie de la mémoire. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. No. 5. p. 282.
187. Guinsbourg, Mlle, Contribution à l'étude des psychoses puerpérales. Thèse de Paris.
188. Guiraud, M., Hémorragie surrénale traumatique et troubles mentaux. Revue de méd. légale. **19.** 171.
189. Gutzeit, Walter, Rückläufige Assoziationen bei geistig Gesunden und Psychosen mit besonderer Berücksichtigung der Dementia senilis und arteriosclerotica. Inaug.-Dissert. 1911. Berlin.
190. Häffner, Richard, Beziehungen zwischen Menstruation und Nerven- und Geisteskrankheiten auf Grund der Literatur und klinischen Studien. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 2. p. 154.
191. Halberstadt, G., Contribution à l'étude des délires systématisés des débiles. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 8. p. 321.
192. Derselbe, Arithmomanie et hypermnésie élective dans un cas de démence vésanique. Journal de Psychol. norm. et pathol. No. 1. p. 48—51.
193. Derselbe, L'opinion actuelle de Kraepelin sur la classification des états délirants. Le groupe des paraphrénies. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. 16. Okt. p. 403.
194. Hamburger, Franz, Über den Mechanismus psychogener Erkrankungen bei Kindern. Wiener klin. Wochenschr. No. 45. p. 1773.
195. Hamilton, Allan McLane, The Pathogeny of Mental Disease; with Special Reference of the Minor Psychoses. Medical Record. Vol. 81. No. 12. p. 551.
196. Hannard, M., Contribution à l'étude des psychoses préséniles. (Forme paranoïde de Kraepelin.) Revue de Psychiatrie. 8. S. T. 16. Okt. p. 409.
197. Hart, Bernard, A Case of Double Personality. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 236.
198. Hartung, Erich, Beiträge zur degenerativen Vererbung. Inaug.-Dissert. Jena.
199. Hatcher, G. E., Diagnosis of Insanity. Journal of Tennessee State Med. Assoc. Dec.
200. Heilbronner, K., Zwangsvorstellung und Psychose. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 3. p. 301.
200a. Derselbe, Über Gewöhnung auf normalem und pathologischem Gebiet. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
201. Heilig, Zur Kasuistik der protrahierten Dämmerzustände. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 160. **(Sitzungsbericht.)**
202. Heinicke, Psychiatrisches aus dem 18. Jahrhundert. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 50. p. 500.
203. Hennes, H., Über krankhafte Ermüdung im Kindesalter, ein Beitrag zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. die ges. Neurologie u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 3. p. 284.
204. Herting, Zur Geschichte der Psychiatrie. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 45. p. 449.
205. Heubner, Otto, Pathologisches in Veranlagung und Entwicklung des Kindes. Kaisergeburtstagsrede. Inaug.-Dissert. Berlin.
206. Heybroek, N. J., Die Rolle der Neuropathie bei körperlichen Krankheiten während der ersten Lebensjahre. Ned. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz en Kindergeneesk. **1.** 87.
207. Hills, F. L., Prevention of Insanity. Journ. of Maine Med. Assoc. Oct.
208. Hoch, August, On the Problem of the Prevention of Insanity. Medical Record. Vol. 81. p. 647. **(Sitzungsbericht.)**
209. Hoche, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 12. H. 5. p. 540.



210. Holmes, Bayard, Research in Psychiatry. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 21. p. 1077.
211. Horand, R., et Puillet, P. Trois cas de parotidite suppurée chez des aliénés. Gaz. des hôpit. No. 42. p. 611.
212. Horwitz, Frl., Experimente über die Gedächtnisstörungen bei Hysterischen und Psychopathen. Neurol. Centralbl. 1913. p. 480. **(Sitzungsbericht.)**
213. Hübner, Über Trugwahrnehmungen ohne Wahnvorstellungen bei erhaltener Krankheitseinsicht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. p. 920. **(Sitzungsbericht.)**
214. Hummel, E. M., and Daspit, H., Analysis of One Thousand Cases in Psychiatry. New Orleans Med. and Surg. Journal. Nov.
215. Huos, Contribution à l'étude des psychoses post-puerpérales. Thèse de Bordeaux. 1911.
216. Husserl, S., Pregnancy and Neuropathology. Journ. of Med. Soc. of New Jersey.
217. Hyde, A. G., Causes and Control of Insanity. The Cleveland Med. Journ. Vol. XI. No. 3. p. 195.
218. Isserlin, M., und Lotmar, F., Über den Ablauf einfacher willkürlicher Bewegungen bei einigen Nerven- und Geisteskranken. Vorläufige Mitteilung. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. X. H. 1—2. p. 198.
219. Jallet, Troubles psychiques au cours des périodes secondaires et secondo-tertiaire de la syphilis. Thèse de Paris.
220. Jaspers, Karl, Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 3. p. 391.
221. Jelgersma, G., Lehrbuch der Psychiatrie. Amsterdam. Scheltema en Holkema.
222. Derselbe, Das System der Psychosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 1. p. 17.
223. Jelliffe, Smith Ely, Notes on the History of Psychiatry. VI. The Alienist and Neurol. Vol. 33. No. 1. 3. p. 69. 307.
224. Jones, Robert, The Varieties of Dementia, and the Question of Dementia in Relation to Responsability. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 411.
225. Derselbe, Classification of Various Forms of Dementia. Brit. Med. Journal. I. p. 1299. **(Sitzungsbericht.)**
226. Derselbe, A Review of the Congress of Alienists and Neurologists of French-Speaking Countries 1912. The Lancet. II. p. 841.
227. Juliusburger, Otto, Die Bedeutung Schopenhauers für die Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 5. p. 618.
228. Jüttner, V., Beobachtungsergebnisse an Grenzzuständen aus Armee und Marine. Inaug.-Dissert. Göttingen.
229. Kafka, Victor, Zur Biologie des Liquor cerebrospinalis. Über die Fermente des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Mitt. aus den Hamburg. Staatskrankenanstalten. Bd. XIII. H. 3. p. 47.
230. Kahn, Pierre, Un cas de délire de persécution chez un excité maniaque. Revue neurol. 2. S. p. 787. **(Sitzungsbericht.)**
231. Kalmus, Zur Prophylaxe der Geisteskrankheiten. Wiener klin. Wochenschr. 1913. p. 399. **(Sitzungsbericht.)**
232. Karpas, M. J., The Clinical Interpretations of the Serological Content of the Blood and Cerebrospinal Fluid, with Some Reference to the Cytology and Chemistry of the Latter, in Mental Diseases. The Amer. Journ. of Insanity. **69.** 143.
233. Kastan, Max, Der Adrenalingehalt des Blutes bei einigen Psychosen. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 50. H. 2. p. 555.
234. Kauffmann, Max, Ueber Prodromal-Symptome der Geisteskrankheiten. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 5. p. 129.
235. Kehrer, F., Über Herderscheinungen und Geisteskrankheiten. **Sammelreferat.** Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. V. H. 4. p. 321.
236. Kern, Vorfragen zur Beurteilung krankhafter Geisteszustände. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2433.
237. Kern, W. B., Preventable Insanity. Western Med. Review. July.
238. Kirchhoff, Th., Geschichte der Psychiatrie. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Allg. Teil. Abt. 4. Wien. Fr. Deuticke.
239. Klein, S. R., The Pathological Relations of Urine to Mental and Nervous Diseases. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 17. p. 852.
240. Klieneberger, Otto, Gehörstäuschungen bei Ohrerkrankungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 3. p. 285.
241. Derselbe, Narkoleptische Anfälle. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 340.
242. Klippel et Mallet, Raymond, Confusion mentale à forme de presbyophrénie symptomatique et curable. Ann. méd.-psychol. X. S. T. I. p. 710. **(Sitzungsbericht.)**
243. Kljutschew, E., Die Rolle der Syphilis in der Entstehung des Jugendirreseins. Russ. Arzt. **11.** 1282.



244. Knepler, Beitrag zur Frage der psychopathologischen Heredität. Inaug.-Dissert. 1911. Basel.
245. Kreuser, Drei Fälle von Spätgenesung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 4. p. 448.
246. Derselbe, Geisteskrankheit und Religion. Stuttgarter Buchdr. Gesellsch. (früher Chr. Fr. Cottas Erben).
247. Derselbe, Psychische Wirkungen des Erdbebens vom 16. November 1911. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 32. p. 369.
248. Krueger, Hermann, Ueber Kopfmasse bei angeborenen und erworbenen Geistesstörungen. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. H. 2. p. 191.
249. Kügelgen, Über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion in der Psychiatrie. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 54. **(Sitzungsbericht.)**
250. Kühne, Ch., Le délire d'épuisement. Etude critique. Thèse de Genève. 1911.
251. Kuppermann, Ernst, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Geistesstörung aus Zwangsvorstellungen. Inaug.-Dissert. Greifswald.
252. Kürbitz, W., Die Zeichnungen geisteskranker Personen in ihrer psychologischen Bedeutung und differentialdiagnostischen Verwertbarkeit. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XIII. H. 2. p. 153.
253. Kure, S., Conjugale Psychosen. Neurologia. Bd. 9. H. 4 (japanisch).
254. Derselbe, Angstzustand. ibidem. Bd. IX. H. 3 (japanisch).
255. Derselbe, Katatonische Erregung. ibidem. Bd. XI. H. 6 (japanisch).
256. Kutzinski, Arnold, Dämmerzustand in der Eröffnungsperiode der Geburt. Neurol. Centralbl. p. 536. **(Sitzungsbericht.)**
257. Derselbe, Ueber Geruchshalluzinationen. Medizin. Klinik. No. 10. p. 394.
258. Laaser, Fall von Narkolepsie. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 49. **(Sitzungsbericht.)**
259. Lachmund, Über Geistesstörung und Bevölkerung. Neurol. Centralbl. p. 1546. **(Sitzungsbericht.)**
260. Lafora, Gonzalo, Zur Frage des normalen und pathologischen Senium und der Pathologie der Senilität. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 3/4. p. 469.
261. Lagriffe, Présentation d'une trousse neuro-psychiatrique. Ann. méd.-psychol. 10. S. T. II. p. 405. **(Sitzungsbericht.)**
262. Laignel-Lavastine, Les malades de la clinique Sainte-Anne devant l'éclipse solaire du 17 avril 1912. Revue neurol. No. 10. p. 736. **(Sitzungsbericht.)**
262a. Laignel-Lavastine, Les troubles psychiques dans les accidents du travail. Ann. d'Hygiène publ. Janv. p. 5.
263. Derselbe et Duhem, P., Les parathyroïdes chez les aliénés. II. Analyse histologique. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 13. p. 556.
264. Dieselben, Les parathyroïdes chez les déments séniles. Revue neurol. No. 10. p. 736. **(Sitzungsbericht.)**
265. Lamunière, L'hérédité directe chez nos aliénés. Thèse de Genève.
266. Landsbergen, Fr., Foudroyant verlaufende Psychose mit Pemphigus acutus. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 27. p. 1273.
267. Laup, Theobald, Beitrag zur Lehre von den Zwangsvorstellungen. Inaug.-Dissert. Kiel.
268. Leeper, Richard R., A Note on the Causation of Insanity in Ireland. The Dublin Journal of Medical Science. March. p. 180.
269. Lefèvre, La mentalité du malade indigène dans l'extrême-sud tunisien. La Tunisie médicale. 1911. No. 9. p. 338—341.
270. Legrain, Délire onirique à systématisation secondaire chez un débile. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 327. **(Sitzungsbericht.)**
271. Leiber, Hans, Ein Fall von psychischer Störung katatonischer Färbung im Verlaufe einer tuberkulösen Meningitis. Inaug.-Dissert. Kiel.
272. Lemos, Magalhaes, Hallucinations unilatérales de l'ouïe. L'Encéphale. 2. S. No. 9—10. p. 174. 268 u. Porto. Officina Tipographica.
273. Derselbe, Curso de Psychiatria. Leçao de abertura. Relaçoes da psychologia com a Neurologia. Porto. Officina Tipografica.
274. Lépine, Jean, L'esprit de la psychiatrie française d'aujourd'hui. Leçon d'ouverture. La Presse médicale. No. 57. p. 593.
275. Leupoldt, K. v., Das Diktat als psychopathologische Untersuchungsmethode. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VII. H. 4. p. 343.
276. Lévi, G., Une épidémie psychique parmi les indigènes du Ferran (Tripolitaine). Revue neurol. No. 11. p. 778. **(Sitzungsbericht.)**
277. Levi-Bianchini, M., Sopra un nuovo riflesso della coscia osservato negli alienati colerosi. Il Manicomio. 27. 61.



278. Lévy, Valensi, J., Trente ans de psychose hallucinatoire sans démence. Revue neurol. No. 10. p. 733. (Sitzungsbericht.)
279. Lévy-Valensi, J., et Genil-Perrin, G., Délire spirite. ibidem. 1913. 1. Sém. p. 147. (Sitzungsbericht.)
280. Libert, Lucien, Les aliénés en Orient (Grèce, Empire ottoman, Egypte). L'Informateur des aliénistes. No. 9.—11 p. 283. 339.
281. Derselbe, Valeur séméiologique du syndrome interprétation en pathologie mentale. L'Encéphale. No. 12. p. 449.
282. Derselbe et Demay, G., Etude clinique d'une interprétatrice. Journal de Psychol. normale et path. No. 4.
283. Liepmann, Die Beurteilung psychopathischer Konstitutionen (sog. psychischer Minderwertigkeit). Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 5. p. 129.
284. Ljass, Ambulatorischer Automatismus. Obosrenje psichiatrii. 1911. No. 2.
285. Lojacono, L., Turbe nervose consecutive alle rappresentazioni cinematografiche. Riv. ital. di neur. 5. 14.
286. Löwy, Max, Über eine Unruheerscheinung. Die Halluzination des Anrufes mit dem eigenen Namen (ohne und mit Beobachtungswahn). Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 33. H. 1. p. 1.
287. Derselbe, Über „meteoristische Unruhebilder" und „Unruhe" im Allgemeinen. Prager Mediz. Wochenschr. No. 24. p. 319.
288. Lucangeli, G. L., Le psicosi dislogiche. Giorn. di Psich. clin. 1911. 39. 90.
289. Lundahl, J., Om Wassermanns reaktion utförd pá sinnessjuka och idioter. Allm. svenska läkartidningen. Jahrg. 9. S. 1029.
290. Mac Donald, John B., Insanity and Heredity. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 4. p. 165.
291. Mackenzie, Ivy, The Physical Basis of Mental Disease. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 465.
292. Mager, Bartholomaeus, Ueber den Negativismus. Inaug.-Dissert. Erlangen.
293. Maier, Hans W., Über die Häufigkeit psychischer Störungen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 5. p. 644.
294. Derselbe, Die psychiatrische Poliklinik. 36. Bericht d. Züricher Hilfsvereins f. Geisteskranke. p. 13.
295. Maloney, W. J., On the Reckoning Test and its Uses in Psychiatry. Review of Neurol. and Psych. 1911. 9. 366.
296. Mann, Ludwig, Erregbarkeitssteigerung bei narkoleptischen Anfällen. Zeitschr. f. mediz. Elektrologie. 1911. XIII.
297. Marchand, L., et Nouët, H., Etude anatomo-clinique de la presbyophrénie. L'Encéphale. No. 2. p. 151.
298. Marchand et Petit, Symbolisme au cours d'un délire d'interprétation. Arch. de Neurol. 10 S. Vol. II. p. 120. (Sitzungsbericht.)
299. Margulies, H., Über psychische Ursachen geistiger Störungen und über den Begriff des Psychogenen. III. Jahresvers. d. int. Ver. f. med. Psychologie. Zürich. 9. Sept.
300. Marie, A., Traité international de psychologie pathologique. Tome III. Psychopathologie appliquée. Paris. F. Alcan.
301. Derselbe, A propos de quelques dessins stéréotypés d'aliénés. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. II. Oct. p. 246.
302. Derselbe, et Parhon, C., Note sur l'état des glandes à sécrétion interne dans quelques cas d'aliénation mentale. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. No. 6. p. 341.
303. Masselon, R., L'hallucination et ses diverses modalités cliniques. Journ. de psychol. norm. et path. 9. 501.
304. Mathes, Paul, Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem. Berlin. S. Kalischer.
305. Derselbe, Psychiatrie in der Gynaekologie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 50. p. 2735.
306. Mattauschek, Emil, Ueber den Altersschwachsinn. Medizin. Klinik. No. 32. p. 1301.
306a. MacKinlay, C., Congenital Hepatic Syphilis causing Recurrent and Fatal Haematemesis without Previous Symptons. (cf. No. 372.)
307. Mears, J. Ewing, Surgical Psychoses. Medical Record. Vol. 82. No. 16. p. 694.
308. Mercier, C., Dr. Turners Paper on Classification and Other Matters. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 298.
309. Meunier, Raymond, Le Cauchemar. Journal des Débats. 20 juillet.
310. Meyer, E., Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Klin.-therapeut. Wochenschr. No. 32—33. p. 925. 953.
311. Meyer, Hermann, Fall von Kinderpsychose. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 33. p. 496. (Sitzungsbericht.)
312. Mignart, M., et Petit, G., Délire et personnalité. Bull. Soc. de méd. mentale de Belgique. 449.



313. Mita, S., Beitrag zur Kenntnis der Glykosurie bei Geisteskranken. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 2. p. 159.
314. Mitsuoka, Z., Ein Fall von extremem Blutverlust bei Tubenruptur mit nachfolgender Psychose; zugleich über Psychosen nach gynaekologischen Operationen. Inaug.-Dissert. München.
315. Mondio, G., Le psicosi incontrate nei disastrati di Messina. Riv. di psicol. applicata. 1911. **7.** 5.
316. Mönkemöller, Die erworbenen Geistesstörungen des Soldatenstandes. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 50. H. 1.
317. Montanari, A., Su alcune modalità di pantoclastia. Giorn. di Psich. clin. 1911. **39.** 28.
318. Moro, Schwerste Nutritionspsychose auf neuropathischer Grundlage. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2391.
319. Mosher, J. Montgomery, Albany Hospital. Tenth Report of Pavillon F. Department for Mental Diseases, from the Year Ending September 30. 1912. Albany Med. Annals. Nov. p. 651.
320. Mott, F. W., A Lecture on Sanity and Insanity. Brit. Med. Journal. I. p. 1053.
321. Nabarro, David, The Results of the Wassermann Reaction in 150 Cases of Mental Disease. Brit. Med. Journal. II. p. 1454.
322. Näcke, P., Ueber Fieberphantasmen im Wachen. (Nach eigener Selbstbeobachtung.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. VIII. H. 4. p. 463.
323. Nickell, Ohrmuschelmissbildungen bei Geisteskranken. Inaug.-Dissert. Göttingen.
324. Niessl-Mayendorf, Erwin v., Über die Mechanik der Wahnbildung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 3. p. 294.
325. Nizzi, Flaminio, Le bilan du phosphore, de la lécithine et des graises dans quelques cas de maladies mentales. L'Encéphale. No. 10. p. 245.
326. Nordman, Confusion mentale à forme stupide. Loire médicale. p. 99.
327. Oberndorf, C. P., Constitutional Inferiority and its Psychoses. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 4. p. 249.
328. Derselbe, Case of Hallucinosis Induced by Repression. Journal of Abnormal Psychology. Febr.
329. Oppenheim, Hans, Zur Frage der Genese des Eifersuchtswahnes. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 2. p. 67.
330. Orr, David, Some Points Complementary to the Institution of Post-Graduate Instruction in Psychiatry. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. No. 1. p. 39.
331. Ortiz, L. J., Anomalia morfologica en los padecimientos mentales. Semana Medica. May 2.
332. Ossip-Lourié, Le langage et la verbomanie. Paris. Félix Alcan.
333. Ossipow, W., Gedanken und Zweifel aus Anlass eines Falles von „degenerativer Psychopathie". Psychotherapie. (Russ.) **3.** 189 (299).
334. Derselbe, Aus der Geschichte der Psychiatrie. Note über Aretaeus aus Cappadocien. Neurol. Bote. (Russ.) **19.** 406.
335. Derselbe, Über Zwangslächeln. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. **12.** 570.
336. Pappenheim, M., Kranke mit Schlafanfällen. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 33. p. 527. **(Sitzungsbericht.)**
337. Parhon, C., Recherches sur le poids du corps thyroïde chez les aliénés des différentes catégories. Revue neurol. No. 11. p. 776. **(Sitzungsbericht.)**
338. Paris, A., Confusion mentale et suggestions accidentelles (notamment impulsions oniriques au suicide). Le Bulletin médical. **26.** 811.
339. Parsons, S. C., Narcolepsy. Texas State Journal of Medicine. Aug.
340. Peretti, J., Gynaekologie und Psychiatrie. Medizin. Klinik. No. 46. p. 1857.
341. Petit, Georges, Réactions provoquées par l'éclipse solaire du 17 avril 1912 chez quelques aliénés. L'Encéphalle. 2. S. No. 7. p. 51.
342. Pfeiffer, Hermann, und Albrecht, O., Zur Kenntnis der Harntoxizität des Menschen bei verschiedenen Krankheitsformen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. 9. H. 3. p. 409. u. Wiener klin. Wochenschr. No. 15. p. 551.
343. Pfeiffer, J. A., An Introductory Histopathological Study of the Paraplexus in the Psychoses. The Amer. Journ. of Insanity. **69.** 169.
344. Pförtner, O., Die weissen Blutkörperchen beim Jugendirresein. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 50. H. 2. p. 574.
345. Piazza, Angelo, Contributo allo studio del nosografismo e del reperto istopatologico della presbiofrenia. Riv. ital. di Neuropatol. Vol. V. fasc. 5—6. p. 193.
346. Derselbe, La malattia di Alzheimer. Analisi e critica. Ferrara. Tipografia Ferrariola.
347. Picqué, L., Corps étrangers trouvés chez les aliénés. Arch. de Neurol. 10. S. T. I. p. 254. **(Sitzungsbericht.)**
348. Derselbe, Psychopathies et chirurgie. I. Doctrines et faits. Paris. Masson & Co.
349. Derselbe, A propos des psychopathies génitales. Soc. obstétr. de France. 1911. 5.—7. Oct.



350. Piéron, H., L'écho de la pensée de la théorie des hallucinations, d'après M. E. Stransky. Ann. méd.-psychol. X. S. T. I. p. 327. **(Sitzungsbericht.)**
351. Derselbe, L'oeuvre d'Alfred Binet. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 6. p. 244.
352. Derselbe, La question du mécanisme des variations psychogalvaniques émotives. ibidem. 8. S. T. XVI. No. 9. p. 354.
353. Pilcz, Alexander, Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. 3. verbesserte Auflage. Wien. Fr. Deuticke.
354. Poggemann, Aug., Beitrag zur Lehre von der Amentia cum stupore. Inaug.-Dissert. Kiel.
355. Pogue, M. E., Amentia. Illinois Med. Journal. Aug.
356. Poll, Über Vererbung beim Menschen. Neurol. Centralbl. p. 395. **(Sitzungsbericht.)**
357. Polvani, F., Un caso di follia muscolare. Il Cesalpino. 1911. **7.** No. 8.
358. Derselbe, L'arresto e l'intoppo rappresentano uno stesso stato patologico? Indagini sperimentali e considerazioni patogeniche sulla tensione musculare. Note e Riv. di Psichiatria. 1911. **4.** H. 4.
359. Potts, W. A., Tests of Intelligence. Brit. Med. Journ. I. p. 880.
360. Powers, W. J. Sweasey, Four Interesting Cases of Emotional Dream-State from the Psychiatrical Wards of the Royal Charité Hospital in Berlin. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. No. 6. p. 375.
361. Preisig, H., Notes sur le langage des aliénés. Arch. de Psychologie. 1911. T. X. No. 41.
362. Prince, A., Abscès du lobe frontal sans affaiblissement intellectuel. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 9. p. 360.
363. Prince, Morton, and Putnam, S., A Clinical Study of a Case of Phobia: A Symposium. The Journ. of Abnormal Psychol. **7.** 259.
364. Pujol, J. A., Sur la dissociation mentale. Essai de pronostic précoce des états mentaux polymorphes. Thèse de Bordeaux.
365. Putnam, J. J., and Prince, M., Clinical Study of Case of Phobia. Journal of Abnormal Psychology. Oct.
366. Raalte, Fr. van, Teekeningen van kinderen in verband met psychopathologie. Psych.- en neurol. Bladen. No. 5 u. 6.
367. Raecke, Grundriss der psychiatrischen Diagnostik. 3. vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin. A. Hirschwald.
368. Ranschburg, Paul, Die Gedächtnisschwäche (Mnemasthenie) und ihre Behandlung. Dtsch. Mediz. Wochenschr. No. 51—52. p. 2393. 2441.
369. Räuber, Geisteskrankheit nach Entziehung der Invalidenrente. Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. 1911. **4.** 25.
370. Read, Ch. F., Application of the Word-Association Method to an Acute Psychosis. The Amer. Journal of Insanity. **68.** 671.
371. Redlich E., Die Psychosen bei Gehirnerkrankungen. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. 3. Abt. 2. H. I. Teil. Leipzig-Wien. F. Deuticke.
372. Reid, D. Mc Kinlay, Congenital Hepatic Syphilis Causing Recurrent and Fatal Haematemesis without Previous Symptoms. The Journal of Mental Science. Oct. p. 635. (cf. No. 306 a.)
373. Rémond, A., et Sauvage, Un cas de presbyophrénie (homme). Toulouse médical. p. 108.
374. Dieselben, Sinistrose et psychose à forme confusionnelle. Ann. méd.-psychol. 10. S. T. II. No. 4—5. p. 336.
375. Resinelli, Die Beziehungen zwischen Geburtshilfe und Psychiatrie. Die Neuropathen und Psychopathen der Schwangerschaft und des Wochenbettes. Neurol. Centralbl. p. 591. **(Sitzungsbericht.)**
376. Ringling, Adolf, Georg Chr. Schwarz †. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 37. p. 435.
377. Rittershaus, E., Die „Spuren interessebetonter Erlebnisse“ und „die Komplexforschung“. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Original. Bd. VIII. H. 3. p. 273.
378. Robinson, G. W., Causes and Prevention of Insanity. Journ. of Missouri State Med. Assoc. June.
379. Rodiet A., Tentative de suicide chez une aliénée par déglutination volontaire d'un fragment d'os de côtelette. Le Progrès médical. No. 38. p. 465.
380. Roemer Hans, Eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien, für die Zwecke der Statistik vereinbart zwischen der psychiatrischen Klinik Heidelberg und den Heil- und Pflegeanstalten Illenau und Wiesloch. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XI. H. 1/2. p. 69.
381. Derselbe, Die psychiatrische Erblichkeitsforschung. Archiv f. Rassen- und Gesellschaftsbiologie. H. 3. p. 292.



382. Rohde, Max, Ueber Phobien, besonders Platzangst, ihr Wesen und ihre Beziehungen zu den Zwangsvorstellungen. Medizin. Klinik. No. 51—52. p. 2062. 2098.
383. Roland, Rapports de la grossesse et de l'aliénation mentale. Thèse de Lille. 1911.
384. Rorschach, H., Reflexhalluzination und Symbolik. Zentralbl. f. Psychoanalyse. H. 3. p. 121.
385. Derselbe, Ein Beispiel von misslungener Sublimierung und ein Fall von Namenvergessen. ibidem. Heft 7. p. 403.
386. Derselbe, Über „Reflexhalluzinationen" und verwandte Erscheinungen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. (Originale.) Bd. 13. H. 3/4. p. 357.
387. Rosanoff, A. J., The Inheritance of the Neuropathic Constitution. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 17. p. 1266.
388. Derselbe, Exciting Causes in Psychiatry. The Amer. Journ. of Insanity. **69.** 351.
389. Rossolimo, G., Die psychologischen Profile. Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten. Bd. VII. H. 1. p. 22.
390. Roubinovitch, Jacques, Sur la physiognomie et la mimique des aliénés. Le Bulletin médical. 1911. No. 101. p. 1132.
391. Derselbe et Fillassier, Débile intellectuel atteint de délire de persécution et l'ambition. Arch. de Neurol. 10. S. T. I. p. 254. **(Sitzungsbericht.)**
392. Rows, R. G., The Development of Psychiatric Science as a Branch of Public Health. The Journ. of Mental Science. Vol. LVIII. No. 1. p. 25.
393. Sala, G., Präsenile Demenz mit Herdsymptomen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 824.
394. Sánchez - Herrero, A., La critica y la duda en los enajenados. Arch. de Psiquiatria. **11.** 43.
395. Sanguineti, L. R., L'insonnia dei psicopatici. I. Ricerche quantitative sul ricambio delle sostanze puriniche. Riv. di Patol. nerv. e ment. **17.** **628.**
396. Savage, George H., An Address on Mental Disorders. The Lancet. II. p. 1134.
397. Derselbe, Some Dreams and their Significance. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 407.
398. Sawyer, James, Insomnia. Its Causes and Treatment. 2. Auflage. Birmingham. Cornish Bros.
399. Schaikewitsch, M., Jugendirresein und das Bild der manisch-depressiven Anfälle. Russ. Arzt. **44.** 152 (232).
400. Schalabutow, K., Fall von Besessenheit. Neurol. Bote. (Russ.) **19.** 521.
401. Scharpff, Hirngewicht und Psychose. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 49. H. 1. p. 242.
402. Scheer, W. M. van der, Osteomalacie und Psychose. Amsterdam. J. H. de Bussy.
403. Schermers, Über Phobien. Geneesk. Courant. **66.** 9.
404. Schockaert, R., Psychose im Zusammenhang mit gynäkologischen Einflüssen. Geneesk. Tijdschr. v. België. **3.** 240. 316.
405. Derselbe, Retroversio-flexio uteri und Geisteskrankheiten. Festschrift. H. Treub. p. 613.
406. Scholomowitsch, A., Heredität und physische Degenerationssymptome bei Geisteskranken und Geistesgesunden. Russ. Arzt. **11.**
407. Schönfeld, A., Über Selbstverstümmelung und Selbstmord bei Geisteskranken. Autokastration, Pyromanie mit Selbstverbrennung sowie andere erwähnungswerte Fälle von Suizid und Automutilation. Prager mediz. Wochenschr. No. 6—7. p. 65. 80.
408. Schultze, Kinematographische Aufnahmen von Bewegungsstörungen bei Geistes- und Nervenkranken. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 138.
409. Schultze, Ernst, Krankhafter Wandertrieb, räumlich beschränkte Taubheit für bestimmte Töne und „tertiäre" Empfindungen bei einem Psychopathen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 4/5. p. 399.
410. Schumann, Edward A., The Relation of Pelvic Disease in Women to Mental Disturbances. New York Med. Journ. Vol. XCVI. No. 5. p. 232.
411. Schuppius, Über Erblichkeitsbeziehungen in der Psychiatrie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 2. p. 217.
412. Schwarzwald, B., Zur Casuistik von Geistes- und Nervenkrankheiten bei den europ. Soldaten der Niederländisch-Indischen Armee. Geneesk. Tijdschr. voor Nederlandsch-Indië. Deel 52. Aflevering 5. p. 526.
413. Séglas, J., et Dubois, Robert, Notes cliniques sur les aliénés gémisseurs. Ann. médico-psychol. X. S. T. II. No. 4—5. p. 324.
414. Seige, Max, Militärsanitätswesen und Psychiatrie. **Übersichtsreferat.** Medizin. Klinik. No. 23. p. 953.
415. Shaw, T. C., Mode and Thought in Insane. Med. Press and Circular. March 6.
416. Shute, Stella B., Brain Weights and Psychoses. Westborough State Hosp. Papers. Ser. 1. p. 145.



417. Sidis, B., Causation of Psychopathic Maladies. Monthly Cyclopedia and Med. Bulletin. March. April.
418. Siefert, Ernst, Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge. Halle. C. Marhold.
419. Siemens, F., Die Errichtung eines biologischen Forschungsinstituts über die körperlichen Grundlagen der Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 10. p. 101.
420. Sigg, Ernst, Retrospektive Betrachtung einiger histologisch untersuchter Seniler. Psych.-neurol. Verein. Zürich. 27. Nov.
421. Simonin, La débilité mentale dans l'armée. Revue de Psychologie. p. 147.
422. Skliar, N. J., Über Zwangshallucinationen. Russ.-mediz. Rundschau. No. 1. p. 1. **Schluss.** (cf. Jahrgang XIV. p. 1115.)
423. Smith, R. Percy, Discussion on the Psychoses of the Climacteric. Brit. Med. Journal. II. p. 1378. **(Sitzungsbericht.)**
424. Smith, W. Beattie, The Address in Neurology and Psychiatry. The Journ. of Mental Science. Vol. LVIII. No. 1. p. 1.
425. Snell, Otto, Bericht über die psychiatrische Literatur im Jahre 1911. Heft II. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. LXIX.
426. Sommer, R., Ueber die Methoden der Intelligenzprüfung. Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten. Bd. VII. H. 1. p. 1.
427. Soukhanoff, Serge, Sur la psychose d'involution. Journal de Neurologie. No. 4. p. 61.
428. Derselbe, Ueber die Psycho-névrose raisonnante (Logopathia) als nosologische Einheit. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 6. p. 321.
429. Derselbe, Ueber presbyophrenische Demenz. Fragen der Psych. u. Neurol. (Russ.) I. 1.
430. Derselbe, Über Presbyophrenie. Neurol. Bote. (Russ.) **19.** 163.
431. Derselbe, Zur Klinik der Involutionspsychose. Aerztezeitung. (Russ.) **19.** 1435 (1479).
432. Starr, M. Allen, Unfounded Beliefs Concerning Insanity. New York Med. Journ. Vol. XCV. No. 22. p. 1136.
433. Stevens, T. A., Dementia Grouchitica. Journ. of Kansas Med. Soc. Oct.
434. Stier, Ewald, Über familiären Wandertrieb. Charité-Annalen. Bd. 36. p. 177.
435. Derselbe, Ueber Wandertrieb und Fortlaufen der Kinder. Berl. klin. Wochenschr. p. 2385. **(Sitzungsbericht.)**
435a. Stierlen, Edouard, Effet des catastrophes sur le système nerveux. Observations faites dans six catastrophes y compris celle de Courrières. Ann. d'Hygiène publique. 4. S. T. XVIII. Juillet. p. 24.
436. Stoner, W. C., and Keiser, E. L., Syphilis and Amentia: 1050 Cases with Special Reference to Serologic Findings. Cleveland Med. Journal. April.
437. Stransky, Erwin, „Der Zwiesinn". Einige Bemerkungen zu Breslers gleichnamigem Aufsatze in No. 3 und 4 (1912) dieser Wochenschrift. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 14. p. 155.
438. Stroemer, Alfred, Beitrag zur Lehre von den postoperativen Psychosen. Inaug.-Dissert. Kiel.
439. Tastevin, J., Les émotions afflictives. Revue neurol. 1. S. No. 12. p. 785.
440. Taussig, Frederick J., Gynecologic Disease in the Insane and its Relationship to the Various Forms of Psychoses. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 9. p. 713.
441. Taylor, Frederick, Ueber Schläfrigkeit. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2900. **(Sitzungsbericht.)**
442. Derselbe, Sleepiness. The Practitioner. Vol. LXXXIX. No. 6. p. 745.
443. Terrien, E., Puérilisme mental par idée fixe chez une débile. Revue neurol. 1. S. p. 581. **(Sitzungsbericht.)**
444. Torren, J. van der, Das normale Verhören, Versprechen, Verlesen und Verschreiben nebst ihren Beziehungen zur Pathologie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Referate. Bd. IV. H. 7. p. 657.
445. Derselbe, Psychosen und Psychoneurosen auf dem Boden einer überwertigen Idee. ibidem. Originale. Bd. IX. H. 1. p. 91.
446. Toulouse, E. A., et Mignard M., Les maladies mentales et l'autoconduction. Revue de Psychiatrie. 1911. **15.** 265.
447. Dieselben, L'autoconduction. ibidem. 8. S. Bd. XVI. No. 1. p. 1.
448. Town, C. H., Binet-Simon Intelligence Tests in Their Application to Defectives. Illinois Med. Journal. Aug.
449. Trénel, Folie périodique et démence familiale. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 120. **(Sitzungsbericht.)**
450. Derselbe et Livet, Syndrome de Gotard et folie périodique. ibidem. 10. S. Vol. II. p. 120. **(Sitzungsbericht.)**



451. Tschish, W., Über die Furcht vor „wachsender Geschwindigkeit". Rundschau f. Psych. (Russ.) 17. 1.
452. Derselbe, Psychiatrie. St. Petersburg. Kieff.
453. Turner, John, The Classification of Insanity. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. No. 1. p. 9.
454. Derselbe, Comments on Dr. Merciers Criticisms of Dr. John Turners Paper on Classification. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 309.
455. Derselbe, Changes in the Conception and Treatment of Insanity During the Past Twenty-Eight Years. Brit. Med. Journal. II. p. 60.
456. Turolla, N., Ricerche sulla pazzia famigliare. Giorn. di Psich. clin. 1911. 39. 151.
457. Tussenbroek, Cath. van, Das Aufleben des Konflikts zwischen Gynaekologie und Psychiatrie. Ned. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. 1. 305.
458. Upson, H. S., Dental Disease as it Affects Mind. Monthly Cyclopedia and Med. Bulletin. March.
459. Valtorta, D., Ricerche urologiche ed ematologiche in frenastenici tiroidei. Il Manicomio. 27. 71.
460. Derselbe, Sull' autochiria. Osservazioni cliniche e psicopatologiche. Giorn. di Psich. clin. 1911. 39. 1.
460a. Derselbe, Der Gesang bei Geisteskranken. Rassegna di Studi Psichiatrici. Bd. II. Heft 6.
461. Vedrani, A., Presbiofrenia e sphaerotrichia cerebri multiplex di Fischer. Quaderni di Psichiatria. 1911. I. H. 1.
462. Derselbe, Nel campo delle psichosi sintomatiche prodotte da malattie interne. ibidem. 1911. I. H. 7.
463. Derselbe, Psicosi psicogene. ibidem. 1911. I. H. 8.
464. Derselbe, L'influsso di Wernicke su la psichiatria clinica secondo Liepmann. ibidem. 1911. I. H. 10.
465. Derselbe, Gravidenza, parto e psicosi croniche. La malattia di Alzheimer. La bancarotta della melancolia semplice. ibidem. 1911. I. H. 5.
466. Velden, A. v. d., Übersichtliche Form der Ahnentafel. Neurol. Centralbl. p. 656. (Sitzungsbericht.)
467. Vestberg, E., Statistiska undersökningar rörande psykomorbiditeten bland barnen till sinnessjuka. Allm. svenska läkartidningen. Jahrg. 9. S. 681.
468. Vialatte, Ch., Les maladies mentales dans les armées en campagne. Thèse de Lyon. 1911.
469. Vinchon, Jean, La psycho-physiologie et la psychiatrie dans les oeuvres d'Ambroise Paré. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 9. p. 366.
470. Derselbe, Reconstruction de l'histoire d'un amnésique. Revue de méd. légale. 19. 129.
471. Vorkastner, Diapositive von Geistes- und Nervenkranken. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 138.
472. Voss, Über den Begriff der Reflexpsychose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 173. (Sitzungsbericht.)
473. Walton, G. L., Arteriosclerosis Probably not a Important Factor in the Etiology and Prognosis of Involution Psychoses. The Boston Med. and Surg. Journ. Vol. CLXVII. No. 24. p. 834.
474. Weber, August Cramer †. Nachruf. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 4. p. 365. und Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 3/4. p. 285.
475. Wells, Diplococcus in Acute Delirium. Amer. Journ. of Insanity. 1911. p. 593.
476. Weygandt, W., Der Seelenzustand der Tuberkulösen. Medizin. Klinik. No. 3—4. p. 91. 137.
477. White, Ad. A., The Rationalization of Mental Medicine. Interstate Med. Journ. 19. 749.
478. Williamson, G. Scott, and Phillips, J. R. P., Further Investigation on the Cerebro-Spinal Fluid in Insanities. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. No. 1. p. 84.
479. Willige, Hans, Sammelreferat aus dem Gebiete der Psychiatrie und Neurologie (Januar bis Juli 1912). Zentralbl. f. innere Medizin. No. 35. p. 869.
480. Wladytschko, S., Tabelle geometrischer Figuren zur Prüfung der aktiven Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit bei Nerven- und Geisteskranken. Bote f. Psychol. (Russ.) 9. 73.
481. Wollenberg, Graviditätspsychose. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 487.
482. Woodson, C. R., Recognition and Treatment of Early Manifestations of Mental Diseases. Journ. of Missouri State Med. Assoc. July.
483. Woolley, J. M., Insanity in Andamans. Indian Med. Gazette. Aug.
484. Yoakum, C. S., Hypnagogic Hallucination with Dream Characters. Journal of Abnormal Psychol. Aug.



485. Zappert, Fall von nervösen Absenzen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1469. (Sitzungsbericht.)
486. Ziehen, Th., Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen. Charité-Annalen. Bd. 36. p. 130—148.
487. Derselbe, Untersuchung und diagnostische Beurteilung der geistig Minderwertigen und psychisch Kranken, mit besonderer Berücksichtigung der experimentellen Psychologie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 19—20. p. 577. 617.
488. Zilocchi, A., Ulteriori indagini sul polso e temperatura degli alienati. Note e reviste di Psichiatria. 5. 1.
489. Derselbe, A proposito di alcune pieghe del cuoio capelluto in una alienata. ibidem. 5. 568.
490. Ziveri, Alberto, Beitrag zur Kenntnis des präsenilen Irreseins. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. 8. H. 3. p. 255.
491. Derselbe, Alcune considerazioni a proposito di un caso di „delirio acuto". Riv. di patol. nerv. e ment. fasc. 6. p. 357.
492. Derselbe, Contributo clinico allo studio dell' amenza e stati affini. Rassegna di studii psich. 1911. I. fasc. 2.
493. Zuccari, G., Segni degenerativi e disturbi psichici nel morbo di Recklinghausen. Note e riv. di Psichiatria. 5. 537.
494. Zweig, Alexander, Die diagnostischen und prognostischen Fortschritte in der Psychiatrie. (1. Januar bis 1. Juli 1911.) Sammelbericht. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 4. p. 77.
495. Derselbe, Die diagnostischen und prognostischen Fortschritte in der Psychiatrie. 1. Juli bis 31. Dezember 1911. Sammelreferat. Berl. klin. Wochenschr. No. 18—21. p. 836. 943. 990.

Savage (396), der Präsident der neugegründeten psychiatrischen Sektion der Royal Society of Medecine, leitet die Verhandlungen der Sektion mit einem interessanten Überblick über die Leistungen der Psychiatrie in der Vergangenheit und den gegenwärtigen Stand der wichtigsten psychiatrischen Fragen ein. Er schließt mit einem humorvollen Ausblick in die Zukunft.

Deny (115): Zu den Psychoneurosen rechnet man heute im allgemeinen die Hysterie, die Psychasthenie und die Neurasthenie. Man hat sich in letzter Zeit viel darum gestritten, ob bei diesen Affektionen das neuropathische oder das psychopathische Element vorherrsche, und ob sie demnach in das Gebiet der Neurologie oder der Psychiatrie gehören. Verf. weist nach, daß auch die meisten Neurologen die psychische Natur dieser Zustände anerkennen, auch in bezug auf die körperlichen Symptome, wie es Charcot als erster bei der Hysterie getan hat. Dieser Auffassung sind im wesentlichen Bernheim, Janet, Ballet und selbst Déjerine beigetreten, obwohl dieser die genannten Krankheiten für die Neurologie reklamiert. Nach Déjerine soll sich indessen die Domäne der Psychiatrie lediglich auf das Gebiet der Geisteskrankheiten im engeren Sinne beschränken, d. h. auf diejenigen Krankheiten, denen eine tiefgehende Störung der Intelligenz anhaftet. Gegen diese Auffassung nimmt der Verf. Stellung, indem er sie als irrationell und unlogisch charakterisiert, im übrigen auch noch besonders darauf hinweist, daß es keine einzige Geisteskrankheit gibt, bei der nicht eine tiefgreifende Störung des Affektlebens als fundamentale Ursache in Betracht käme. Das Studium der Psychoneurosen gehört darum in gleichem Maße wie das der Psychosen in das Gebiet der Psychiatrie. Zwischen beiden besteht kein qualitativer, sondern nur ein quantitativer Unterschied.

Bechterew (25) nimmt die Neurosen (Hysterie, Neurasthenie, Myasthenie usw.) für die Domäne der Psychiatrie in Anspruch und führt die Gründe dafür näher aus; neue Gesichtspunkte kommen dabei nicht zur Geltung. Die genannten Neurosen und Psychoneurosen bilden mit den Psychosen ein fast unteilbares Ganzes, ihr Studium gehört in dieselbe Klinik, wenn man aus rein praktischen Gründen innerhalb dieser auch eine Trennung vornehmen kann. Die meisten Psychosen entstehen durch Autointoxikation oder Infektion bzw. durch deren Einwirkung auf die Hirnrinde. Das Nervensystem



bildet in vielen Fällen den Locus minoris resistentiae (durch Heredität usw.), und die Toxine haben bekanntlich eine gewisse Affinität zu einzelnen Geweben. Sie beeinträchtigen die Funktionen der Rindenzentren und geben dadurch den Anlaß zur Entstehung von Psychosen; die anatomischen Veränderungen sind sekundär durch die Intoxikation oder Autointoxikation veranlaßt. Die Toxine rufen funktionelle Störungen der Hirnzellen hervor, zeitweise Veränderungen der Zirkulation, dynamische und nutritive Modifikationen der Hirnzellen, ohne eine definitive Strukturveränderung zu hinterlassen. Diese tritt erst bei chronischen Intoxikationen ein. Der Unterschied zwischen Psychosen und anderen Krankheiten besteht nur in der Tatsache, daß bei ersteren das funktionell und organisch beeinträchtigte Organ das Gehirn ist. Der Ursprung der Psychosen darf demnach auch nicht in der anatomischen Veränderung des Gehirns gesucht werden, und auf eine Klassifikation nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten müssen wir endgültig verzichten. Symptome wie Erregung, Depression, Illusionen, Halluzinationen, Störungen der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses usw. geben über den eigentlichen Grund der Krankheit nicht mehr Aufschluß als die Begriffe Husten, Ödem, Ikterus in der inneren Pathologie. Eine sichere Diagnose kann erst gestellt werden auf Grund des gesamten psychischen und körperlichen Krankheitsbildes, der Anamnese usw.

Jeliffe (223), der im Jahre 1910 begonnen hat, seine „Bemerkungen über die Geschichte der Psychiatrie" zu veröffentlichen, hat jetzt die in der Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 23, 1866, p. 429 et seq. erschienene Arbeit von Falk, „Studien über Irrenheilkunde der Alten" ins Englische übersetzt.

Raecke (367) ist in neuer, dritter Auflage erschienen. Hinzugekommen sind Angaben über die Prüfungen des Vestibularapparates, über die Untersuchung der Intelligenz bei Kindern und über die modernen Simulationsproben. (*Frankfurther.*)

Juliusburger (227) weist an zahlreichen Zitaten und referierten Gedankengängen nach, wie eng sich an einigen Stellen Schopenhauers Gedanken mit den Theorien Wernickes und mit Ideen von Freud-Bleuler berühren, wie sich ferner auch die Grundgedanken der heutigen Kriminalpsychologie bei Schopenhauer angedeutet und ausgesprochen finden.

(*Frankfurther.*)

Gruhle (183) weist auf die Möglichkeiten hin, die für eine soziale Fürsorge des Psychiaters für die Internierten, die Angehörigen und die Allgemeinheit gegeben sind. In der Heidelberger Klinik ist die Initiative für eine solche Fürsorge ergriffen worden, über deren Ergebnisse berichtet wird. Es wurde veranlaßt, daß die häuslichen Verhältnisse geordnet wurden, Sachen eingepackt, die Wohnung verschlossen, Invalidisierung und Entmündigung angeregt wurde; bei der Entlassung wurden Freunde oder Verwandte benachrichtigt, für Stellung gesorgt, eventuell Unterstützung von Vereinen besorgt. Es wurde ferner für die Kinder der eingelieferten Kranken gesorgt.

(*Frankfurther.*)

Für **Hoche** (209) ist die Voraussetzung für die Existenz reiner Krankheitsformen auf psychischem Gebiete die, daß eine bestimmte Ursache bestimmte materielle Veränderungen an bestimmbaren Örtlichkeiten des Gehirns erzeugt, dessen gradlinigen Ausdruck dann die klinischen Symptome darstellen sollen. Nach den heutigen Vorstellungen aber ist wohl die Hoffnung auf eine anatomisch zu vollziehende Differenzierung seelischer Vorgänge im Gehirn aufzugeben, und jedenfalls sind die Aussichten, Verschiedenartigkeit oder verschiedene Lokalisation dieser oder jener anatomisch erkennbarer Hirnvorgänge als Abgrenzungsprinzip klinischer Krankheitsformen heranziehen



zu können, für die funktionellen Psychosen gleich Null. Es ist falsch, nach abgegrenzten reinen Krankheitsbildern psychischer Art zu suchen. Andererseits aber gibt es bestimmte psychische Dispositionen oder Reaktionsformen, was darauf hinweist, daß in der normalen wie in der degenerativ veranlagten Psyche bestimmte Symptomenverkuppelungen präformiert liegen, die teils das ausmachen, was wir als Charakter des Menschen bezeichnen, teils im Falle besonderer krankmachender Einflüsse bestimmen, wie die krankhaft abweichende Reaktionsform der Persönlichkeit ausfällt. Das gleiche ist für die ausgesprochenen Geistesstörungen anzunehmen. Es scheint als ob bei einer großen Anzahl, vielleicht bei allen psychischen Störungen Symptomenverkuppelungen ausgelöst werden, die schon gewissermaßen parat liegen. Diese Symptomenkomplexe wurden schon früher als „Einheiten zweiter Ordnung" bezeichnet, die zwischen den sogenannten Krankheitsformen, deren heutige Begrenzung sich als zu groß erwiesen hat, stehen und den Elementarsymptomen, die als Einzelerscheinungen noch weniger zur Abgrenzung verwendet werden können. (*Frankfurther.*)

Leeper (268) betrachtet als die Hauptursache der Geisteskrankheiten in Irland die Heredität, gegen die die anderen exogenen Ursachen im wesentlichen zurücktreten. Diese Quelle der Geisteskrankheiten kann nur durch eine entsprechende Gesetzgebung eingeschränkt werden, die eine Fortpflanzung der Minderwertigen, die degenerierte Kinder erzeugen, hindert, während durch die jetzt in Irland bestehenden Vorschriften keinerlei Kontrolle und kein Schutz der minderwertigen Kinder, namentlich der Mädchen, möglich ist. (*Frankfurther.*)

Dawson (113) vergleicht für die irischen Landschaften die Häufigkeit der Geisteskrankheiten mit der Bevölkerungsdichte, der Größe der Armut, mit der Sterblichkeit der Zahl der Auswanderer und mit der Kriminalität und der Trunkenheit. Armut und Geisteskrankheit ist in Irland häufiger, Alkoholismus und Kriminalität geringer als in England. Durchschnittlich beträgt die Zahl der Geisteskranken in Irland 5,3 pro Mille, doch steigt dieser Satz in der einen Landschaft bis 9,2 pro Mille. Zwischen Bevölkerungsdichte und Geisteskrankheit hat sich, wie auch in England ein Zusammenhang nicht nachweisen lassen. Dagegen begünstigt die Armut zweifellos die Geisteskrankheiten, doch kommen auch Ausnahmen vor, indem sehr arme Gegenden nur eine niedrige Ziffer von Geisteskranken aufweisen. Die Auswanderungsziffer, die nicht, wie man annehmen sollte, in unbedingter Abhängigkeit von der Verbreitung der Armut ist, zeigt auch keine unmittelbar deutlichen und eindeutigen Beziehungen zur Zahl der Geisteskranken. Die allgemeine Sterblichkeitsziffer steht nicht mit der Zahl der Geisteskranken in Zusammenhang. Bei dem Zusammenhang, den man zwischen neuropathischer und tuberkulöser Diathese hat annehmen wollen, ist es wichtig, daß auch in dieser Richtung eine Übereinstimmung der Zahlen nicht festzustellen war. Kriminalität zeigt dagegen Beziehungen zur Zahl der Geisteskrankheiten, während die Zahlen für den chronischen Alkoholismus sehr klein sind, aber auch einen gewissen Zusammenhang erkennen lassen. Unabhängig dagegen ist die Trunkenheit. (*Frankfurther.*)

Mercier (308) kritisiert eine Arbeit Turners, in welcher dieser eine Klassifikation der Geisteskrankheiten vorschlägt, die in der Tat als völlig unbrauchbar und auf falschen Voraussetzungen aufgebaut anzusehen ist. Ich habe aus diesem Grunde auch von einem Referat dieser Arbeit abgesehen. Es ist indessen nötig, zu der Kritik Merciers Stellung zu nehmen, da dieser infolge einer in wissenschaftlichen Dingen recht eigenartig anmutenden Abneigung gegen alles Ausländische sich zu einem Angriff gegen die von ihm



als eine „20-Pfennig-Erfindung“ bezeichnete Lehre Kraepelins hinreißen läßt, der entschieden alles bisher Dagewesene übertrifft. Es ist allerdings verwunderlich, daß in einer angesehenen wissenschaftlichen Zeitschrift (Journal of Mental Science) Äußerungen im Drucke erscheinen dürfen, die wie die folgende weit unter dem Niveau einer wissenschaftlichen Debatte stehen. Mercier sagt wörtlich: „Dr. Turner erwähnt, daß Sir Thos. Clouston mit seiner „adolescent insanity“ Kraepelin sehr nahe kommt. Für diese Behauptung gibt es nur ein Wort, das sie gehörig charakterisiert, — sie ist unverschämt. — Kraepelin nahm Sir Thos. Cloustons Beschreibung, machte sie unklar (muddled it), verdarb sie durch Hinzufügung von Fällen, die der „adolescent insanity“ fremd sind, gab ihr einen neuen Namen und posierte als der Entdecker einer neuen Krankheit. Und Leute wie Dr. Turner, fallen auf die Kniee und beten den Plagiator an und sprechen mit patronisierender Überlegenheit von Sir Thos. Clouston, dessen „Schuhriemen sie nicht würdig sind zu lösen.“!

Roemer (380): Ganz brauchbare — wenn auch vielleicht zu sehr detaillierte — Einteilung gemäß einer Vereinbarung der psychiatrischen Anstalten Heidelberg, Illenau, Wiesloch. (*Sossinka.*)

Becker (28) erwähnt die durch die verschiedenen „Schulen“ bedingten psychiatrischen Nomenklaturen und glaubt, eine gewisse Annäherung in den Bezeichnungen feststellen zu können. (*Sossinka.*)

Mott (320) gibt in seinem Vortrag vor dem Royal Sanitary Institute einige statistische Daten von hervorragendem Interesse. Folgende Tabellen, aus denen die hohe Bedeutung des Prinzips der Antizipation bei der Vererbung von Geisteskrankheit ersichtlich ist, gebe ich mit Rücksicht darauf, daß ihm von deutschen Erblichkeitsforschern bisher nicht die gleiche Beachtung zuteil geworden ist, vollständig wieder.

Direkte Heredität					Nur kollaterale Heredität		Kollaterale und direkte Heredität	
Erkrankungsalter	Vater	Kinder	Mutter	Kinder	Onkel, Tante	Nichte, Neffe	Onkel, Tante	Nichte, Neffe
Unter 20 Jahren	1,4%	26,2%	0,6%	27,8%	5,2%	20,7%	5,2%	25,5%
20—24 Jahre	0,4%	18,0%	3,4%	15,7%	3,1%	19,2%	3,4%	17,7%
25—29 „	1,4%	18,0%	4,4%	18,2%	6,2%	18,6%	7,8%	19,0%
30—34 „	9,6%	13,0%	7,8%	13,4%	12,9%	17,1%	14,3%	15,1%
35—39 „	11,5%	7,3%	9,2%	10,0%	11,9%	12,4%	12,1%	11,2%
40—44 „	9,2%	6,4%	10,3%	5,8%	11,3%	5,7%	10,4%	4,3%
45—49 „	14,3%	6,0%	12,0%	3,7%	12,4%	2,1%	12,1%	2,6%
50—54 „	17,5%	0,9%	12,3%	2,4%	14,5%	2,1%	12,1%	1,7%
55—59 „	13,8%	3,7%	14,0%	1,7%	7,7%	1,5%	8,6%	2,1%
60—64 „	10,1%	—	11,6%	1,3%	8,8%	—	8,2%	—
65—69 „	5,0%	—	8,8%	—	1,5%	0,5%	1,7%	0,4%
70—74 „	4,6%	0,4%	3,1%	—	1,0%	—	1,3%	—
75—79 „	0,4%	—	1,3%	—	3,1%	—	2,6%	—
80 „	0,4%	—	0,6%	—	—	—	—	—

Das Material setzt sich zusammen aus 217 Paaren von Vater und Kind, 291 Paaren von Mutter und Kind, 193 Paaren von Onkel bzw. Tante und Nichte bzw. Neffe mit nur kollateraler und 231 ebensolchen Paaren mit kollateraler und direkter Heredität. Das Durchschnitts-Erkrankungsalter der Eltern war 49,7, das der Nachkommen 30 Jahre. Die praktische Bedeutung

dieser Erfahrung liegt darin, daß man einem belasteten Individuum, das sein 25. Lebensjahr überschritten hat, ohne zu erkranken, die Heiratslizenz ohne erhebliche Bedenken geben kann.

Verf. weist darauf hin, daß aus dem steilen Anstieg der Kurve der Geisteskrankheit, die sich besonders mit Bezug auf London seit 1890 bemerkbar macht, keine Zunahme der Zahl der Erkrankungen erschlossen werden darf; der Anstieg der Kurve erklärt sich aus der geringeren Abneigung der Bevölkerung gegen die Irrenanstalten, aus der Abnahme der Todesziffer in den Anstalten infolge der verbesserten hygienischen Einrichtungen und schließlich aus dem Umstand, daß alte Leute, die früher in Siechenhäusern verpflegt wurden, jetzt in der großen Mehrzahl in Irrenanstalten untergebracht werden.

Macdonald (290) weist auf die bedenkliche prozentuale Zunahme der Geisteskranken hin, die nicht nur dadurch bedingt wird, daß die Angehörigen sich rascher und leichter als früher entschließen, den Patienten in eine Anstalt zu bringen. Das liegt zum großen Teile daran, daß sich die Geisteskranken, die ungeheilt oder nur gebessert aus den Hospitälern entlassen werden, uneingeschränkt fortpflanzen können und ihre degenerative Konstitution auf die Nachkommen vererben. Es empfiehlt sich die Sterilisation und allgemeine Aufklärung, damit Ehen zwischen gesunden und degenerativen Elementen vermieden werden. (*Frankfurther.*)

Roemer (381) faßt nach einer eingehenden und lehrreichen geschichtlichen Betrachtung der Entwicklung der psychiatrischen Erblichkeitsforschung die Gesichtspunkte und Erkenntnisse, die sich für sie aus der modernen wissenschaftlichen Entwicklung ergeben, etwa folgendermaßen zusammen:

Die psychiatrische Forschungsrichtung beginnt, sich aus dem Stadium statistischer Erstarrung, die auf die klassische Periode gefolgt war, zu erholen; gleichzeitig wird eine neue Periode des Aufschwungs vorbereitet durch die Fortschritte der verschiedenen natur- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen. Die Biologie eröffnet unerwartete Einblicke in die feineren Vorgänge der Fortpflanzung und Befruchtung und stellt durch den experimentellen Nachweis der Mendelschen Gesetze die Vererbungslehre auf eine neue Grundlage; die Pathologie und die Klinik betont die Unterscheidung der eigentlichen Vererbung krankhafter Anlagen von der erworbenen Keimschädigung und erkennt allmählich die Gültigkeit der Mendelschen Regeln auch für die Vererbung abnormer Anlagen beim Menschen; die Neuropathologie liefert auch für den Psychiater bedeutsames Tatsachenmaterial, die moderne beobachtende Psychologie die technischen Hilfsmittel, um die psychopathischen Eigenschaften und Anlagen nach den Grundsätzen der Naturwissenschaft festzustellen, und sammelt wertvolles normalpsychologisches Vergleichsmaterial. Endlich stellt die Genealogie ihre sachverständige Unterstützung für die Methodik der Familienforschung und ihre historische Hilfsarbeit zur Verfügung. Der Einfluß aller dieser günstigen Momente wird durch den Zusammenschluß der Vertreter aller dieser Spezialgebiete zu gemeinschaftlichen Bestrebungen im Sinne einer Gesellschafts- und Rassenhygiene erhöht.

Als Hauptmethoden der psychiatrischen Erblichkeitsforschung werden angeführt:

1. Die psychiatrische Familienforschung,
2. die psychiatrische Topographie (d. i. die örtliche Lokalisation der psychiatrischen Familienforschung),
3. die psychiatrische Statistik.

Verf. bespricht die einzelnen Methoden sehr eingehend und erhebt die Forderung einer geeigneten Organisation der wissenschaftlichen Arbeit. Der



Vorschlag Rüdins, Zentralstellen der psychiatrischen Familienforschung zu gründen, die mit der Zentralstelle für Deutsche Personen- und Familienforschung zu Leipzig in dauernde Verbindung zu treten hätten, wird unterstützt. Die Errichtung einer großen Forschungszentrale, wie sie nach dem Projekt Sommers eine psychiatrische Abteilung beim Reichsgesundheitsamt darstellen würde, bezeichnet Verf. als eine dringliche Notwendigkeit. Der Ausbau der Medizinalabteilungen der statistischen Landesämter soll für eine erfolgreiche Neugestaltung der offiziellen Irrenstatistik unerläßlich und für die Erblichkeitsforschung äußerst wünschenswert sein. Das allererste Erfordernis ist aber, wie Verf. betont, daß die Irrenärzte selbst sich mit dem modernen Stand des Erblichkeitsproblems noch allgemeiner vertraut machen und ihr wissenschaftliches Interesse an den Fragestellungen der heutigen psychiatrischen Erblichkeitsforschung noch häufiger betätigen.

Albrecht (5) kommt auf Grund seiner Beobachtungen an 95 Kranken, die 46 Familien angehören, zu dem Resultat, daß die Vererbung der Geisteskrankheiten in der Regel eine gleichartige ist und ungleichartige Vererbung in komplizierenden Einflüssen, vor allem in gehäufter Belastung, atavistischen Rückschlägen und Keimschädigung ihren Grund hat.

Überblickt man die mitgeteilten Krankheitsgeschichten, so wird man den Resultaten des Verf. etwas skeptisch gegenüberstehen müssen. Bei 34 Familien hat Verf. gleichartige, bei 12 ungleichartige Vererbung festgestellt. Unter den ersteren sind 27, die lediglich Geschwister betreffen. Daß bei diesen die Gleichartigkeit der Psychosen vorherrscht, wird meines Wissens kaum bestritten. (Dabei ist zu bemerken, daß die Fälle 24 α und 25 α mit großer Wahrscheinlichkeit nicht in die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins gehören.) Gleichartigkeit der Psychose bei Eltern und Kindern, worauf es doch in erster Linie ankommt, wurde nur in 15 Fällen, die sich auf 7 Familien verteilen, gefunden. Bei diesen handelt es sich in 6 Fällen (3 Familien) um Dementia praecox, bei der eine Transformation bekanntlich sehr viel seltener ist, und nur in 9 Fällen (4 Familien) um manisch-depressives Irresein. Aber auch hier ist es mit der Gleichartigkeit nicht zum Besten bestellt. Bei Fall 31 β ist notiert: Schwester Idiotin, in Fall 32 α (Anna F.) lautet die Diagnose: Epileptischer Schwachsinn, Fall 32 β gehört mit Wahrscheinlichkeit in die Dementia praecox-Gruppe und Fall 34 β ist eine sichere Katatonie. (Die Diagnose Katatonie ist auch in Klammern mit Fragezeichen hinzugefügt.) Es ist nun allerdings zuzugeben, daß sich unter den als ungleichartige Psychosen bezeichneten Gruppen ziemlich viele befinden, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit als gleichartig angesprochen werden dürften. Verf. weist selbst darauf hin, daß er sie als zum mindesten zweifelhaft bezüglich gleichartiger oder ungleichartiger Belastung hätte hinstellen können. Nichtsdestoweniger muß daran festgehalten werden, daß aus dem Material des Verf. zwar die vorwiegende Gleichartigkeit von Geschwisterpsychosen, nicht aber die Tatsache der gleichartigen Vererbung der Psychosen von den Eltern auf die Kinder ersichtlich ist.

Schuppius (411) kommt auf Grund seiner Familienforschungen, die er gemäß dem Beispiele Frankhausers von Geschwistern ausgehend auf die direkte Aszendenz und auf die kollaterale Verwandtschaft erstreckte, zu folgenden Resultaten:

Die Vererbung von Geisteskrankheiten ist keineswegs eine gleichmäßige, vielmehr finden sich in allen Generationen einer Familie alle nur denkbaren Formen geistiger Erkrankung, und zwar besteht zwischen organischen und funktionellen Krankheiten kein merkbarer Unterschied.



Allen Formen geistiger Erkrankung liegt eine gemeinsame und einheitliche Disposition zugrunde. Verf. nimmt diese fast mit Sicherheit deshalb an, weil an seinem Material auch in den Familien, in denen sich die verschiedensten Formen von Geisteskrankheit finden, das Mendelsche Gesetz in irgendeiner seiner Variationen unbedingte Geltung zu haben scheint.

Es ist bemerkenswert, daß Verf. an seinem Material keine Bestätigung für die Annahme der gleichartigen Vererbung fand. Er gibt aber zu, und das ist auch aus den publizierten Familienkrankheitsgeschichten ersichtlich, daß eine gewisse Tendenz innerhalb der Familie zu gleichartigen Erkrankungen vorhanden, daß dieses Vorhandensein aber keineswegs die Regel ist. Ich habe bereits in meinem Referat der Frankhauserschen Arbeit über Geschwisterpsychosen (dieser Jahresbericht, Bd. XV, S. 1026) darauf hingewiesen, daß Frankhauser zu dem Satz: „Erbliche Disposition zum manisch-depressiven Irresein schließt die zu Dementia praecox aus und umgekehrt" nur deshalb kommen konnte, weil er einige mit höchster Wahrscheinlichkeit der Praecox-Gruppe angehörende Fälle zum manisch-depressiven Irresein gerechnet hat. Schuppius betont, daß in den letzten Jahren die Stimmen sich mehren, die der Möglichkeit der ungleichartigen Vererbung das Wort reden. Auf Grund sehr umfangreicher Erblichkeitsforschungen, die in Deutschland nicht genügend Beachtung gefunden haben, ist Mott schon vor langem zu ähnlichen Resultaten wie der Verf. gelangt.

Mott erkennt zwar die Vererbungskreise an, lehrt aber, daß ungleichartige Vererbung häufiger vorkommt, und zwar gemäß den Gesetzen der „Antizipation" und der „Regression zum normalen Durchschnitt". Das Gesetz der Antizipation, das dem Zwecke dient, einen kranken Stamm zum Erlöschen zu bringen, bewirkt, daß die Erkrankung in der Deszendenz einen schwereren Charakter hat als in der Aszendenz. Schuppius fand diese Tatsache, wie er betont, allerdings nicht bestätigt, und doch ist sie aus seinem Material recht klar ersichtlich, indem die Nachkommenschaft eines Manisch-Depressiven recht häufig an Dementia praecox erkrankte. Die letztere Psychose ist eben die schwerere Form. Die ungleichartige Vererbung geschieht also nach Mott nicht, wie Schuppius meint, indem eine gleichartige Disposition durch Einwirkung verschiedenartiger äußerer Momente zu verschiedenartigen Psychosen führt, sondern durch eine gemäß dem Gesetz der Antizipation mit den Generationen zunehmende Verschlechterung der Hirnanlage oder gemäß dem Gesetz der Regression zum normalen Durchschnitt durch eine Verbesserung derselben, indem durch Heirat Belasteter mit zugehörigen gesunder Geschlechter, die krankhaften Elemente im Stamm schließlich zum Erlöschen gebracht werden. Die Schuppiussche Anschauung, daß die vererbte Disposition stets die gleiche ist, ist sicherlich nicht richtig und widerspricht auch der täglichen psychiatrischen Erfahrung, die zeigt, daß ein großer Teil der Psychosen sich harmonisch aus der Persönlichkeit des Individuums heraus entwickelt. Die hohe Bewertung der „die Krankheit letzten Endes auslösenden Ursache" bedeutet einen Rückfall in einen überwundenen Standpunkt.

Rosanoff (387) zeigt an einer Tabelle, daß die tatsächlichen Verhältnisse und die nach dem Mendelschen Gesetz ausgeführten theoretischen Berechnungen in sehr enger Beziehung zueinander stehen. Die Erblichkeitsforschung mit dem Mendelschen Gesetz als Grundlage wird nach der Ansicht des Verf. durch Einführung biologischer Methoden in das Studium der neuropathischen Varietäten (als solche sind die einzelnen Psychosengruppen aufzufassen) von großem Einfluß auf die Psychiatrie sein. Die Prophylaxe wird im wesentlichen auf Rassenverbesserung hinauslaufen. Einstweilen sind

aber unsere Kenntnisse, wie Verf. betont, noch nicht ausreichend, um, wie einzelne Staaten in Amerika es bereits getan, praktische Maßnahmen zur Verhütung der Geisteskrankheit durch Sterilisierung Defekter zu treffen. Niemand kann heute sagen, ob die menschliche Rasse von solchen Gesetzen profitieren würde, abgesehen davon, daß sie sich da, wo sie existieren, praktisch als undurchführbar erwiesen haben.

Corson (97) hat dem Beispiel von Farquharson („Heredity in Relation to Mental Disease", Journ. of Ment. Science, July 1898) und Mott („The Hereditary Aspects of Nervous and Mental Diseases", Huxley Lecture, Lancet, October 8. 1910) folgend an einem größeren Material Studien über den Einfluß der Erblichkeit bei Geisteskranken gemacht. Die Ergebnisse sind im wesentlichen folgende:

1. Zahl der männlichen belasteten Kranken . . .	151	360 = 31,8%
„ „ weiblichen „ „ . . .	209	
„ „ männlichen nicht belasteten Kranken .	400	771
„ „ weiblichen „ „ „ .	371	

2. Davon litten an:

	Belastete	Nicht belastete
Manisch-depressivem Irresein .	217 = 60,3%	340 = 44,9%
Paranoia	32 = 9 „	60 = 7,7 „
Dem. praecox	24 = 6,6 „	23 = 3 „
Epilepsie	13 = 3,6 „	49 = 6,3 „
Idiotie, Imbezillität	29 = 8 „	68 = 8,8 „
Paralyse	13 = 3,6 „	48 = 6,2 „
Organischen Hirnkrankheiten .	10 = 3 „	47 = 6,1 „
Seniler Demenz	22 = 6,1 „	136 = 17,6 „
	360	771

3. Belastung von seiten des Vaters macht sich mehr bei den Söhnen, von seiten der Mutter mehr bei den Töchtern geltend.

4. Wie aus folgender Tabelle

	Mit einem oder mehreren geisteskranken Brüdern	Mit einer oder mehreren geisteskranken Schwestern	Mit geisteskranken Brüdern und Schwestern
Männer	36	20	4
Frauen	21	36	4

hervorgeht, befällt in derselben Generation die Krankheit häufiger ein Geschlecht als beide und nur selten beide in gleicher Stärke.

5. Belastete Individuen erkranken in früherem Lebensalter als nicht belastete.

6. Gleichheit in der Form der Psychose fand Verf. bei Vorfahren und Nachkommenschaft doppelt so häufig als Ungleichheit; das Erkrankungsalter bei den Nachkommen bezogen auf das der Vorfahren war 4 mal so häufig ein früheres als ein späteres.

Nach **Givens** (172) sollte mehr Zeit, Arbeit und Geld auf die Verhütung als auf die Heilung und Bekämpfung der Geisteskrankheiten verwendet werden. Mit der Lebensdauer nimmt auch die Zahl der Geisteskranken zu. Die Heirat der Untüchtigen muß möglichst beschränkt werden. Die Produktion, der Verkauf und Verbrauch der alkoholischen Getränke muß eingeschränkt werden. Fremde oder vor allem degenerative Elemente müssen der Bevölkerung ferngehalten werden. Es muß die Bevölkerung auf das Land und zum Ackerbau gezogen und von den Städten ferngehalten werden. (*Frankfurther.*)



Klein (239) stellt kurz die Veränderungen zusammen, die der Urin bei Nervenkrankheiten zeigen kann. Nach dem epileptischen Anfall findet sich sehr häufig Polyurie, aber auch Oligurie und Retention, der Harnstoff ist nicht vermehrt. Bei der Paralyse findet sich häufig Zunahme der Chloride und Albumen im Urin, ebenso findet sich Albumen nach Apoplexien und entzündlichen Prozessen, die das Gehirn ergreifen. Zucker tritt bei Hämorrhagie in den vierten Ventrikel auf. Bei der Melancholie findet sich häufig alimentäre Gykosurie, Indikanurie bei der Melancholie, Paranoia, Manie und besonders beim Delirium tremens. (*Frankfurther.*)

Cruchet (106) unterscheidet drei Stufen der angeborenen geistigen Schwäche: die Idiotie, die Imbezillität und die Debilität. Der Idiot entspricht in seiner geistigen Entwicklung ungefähr einem Kinde von 2 Jahren, der Imbezille einem Kinde von 2—7 Jahren, der Debile, der ungefähr erst vom 10. Jahre an zu erkennen ist, einem Kinde von 7 Jahren, in leichteren Fällen erscheint er nur gegen sein Alter in seiner geistigen Entwicklung um einige Jahre zurück zu sein. Bei der Diagnose dürfen diese Kinder nicht mit den aus anderen Gründen zurückgeblieben verwechselt werden, wie unregelmäßiger Schulbesuch, Fehler der Sinnesorgane, schlechte Ernährung, zu rasches Wachstum. Außerdem kommen auch noch Fälle mit recht guter Intelligenz vor, die aber gerade für die in der Schule zu erlernenden Dinge keinerlei Verständnis zeigen. Ätiologisch sind verschiedene Typen zu unterscheiden, die Mikrozephalen, die Hydrozephalen, die myxödematösen, die Mongoloiden, die aber nicht immer geistig minderwertig zu sein brauchen oder nur an leichteren Graden des Schwachsinns leiden und ein Alter von 40—50 Jahren erreichen können. Es folgen dann die muskulären Formen, die an Hemiplegien und Paraplegien leiden, dann jene mit Störungen der Sinnesorgane (amaurotische familiäre Idiotie) und schließlich die geistig Minderwertigen, die an Krämpfen leiden, welches Krankheitsbild aber von den epileptischen, wenn auch manchmal schwierig, abzugrenzen ist. (*Frankfurther.*)

Mathes (304) hat sich der verdienstvollen Aufgabe unterzogen, das gesamte Gebiet des Infantilismus und seiner Beziehungen zum Nervensystem monographisch darzustellen. Das 188 Seiten starke Buch, das sich auf eine vorzügliche Kenntnis der gesamten einschlägigen Literatur stützt (der Literaturnachweis nimmt allein 11 Seiten ein), kann jedem Arzt, gleichgültig welcher Spezialität er angehört, warm zur Lektüre empfohlen werden. Indem Verf. die Bausteine, wie er im Vorwort erwähnt, von weit abliegenden Disziplinen zusammentrug, ist ihm der Nachweis gelungen, daß der Frauenarzt Neurologe und Psychiater sein muß, um imstande zu sein, die Beschwerden der unzähligen sogenannten „Unterleibskranken", in Wirklichkeit neurotischen Kranken, denen die moderne Gynäkologie in völliger Verkennung ihrer Genese noch vielfach auf operativem Wege beizukommen trachtet, richtig zu werten und einzusehen, daß, „während er sich rühmt, Chirurg geworden zu sein, 100 mal mehr Anlaß für ihn vorliegt, sich als Neuropathologe zu zeigen". Mit Recht weist Verf. darauf hin, daß „Unexaktheit" nicht darin liegt, daß man nach Ausschluß jeder anatomischen Veränderung die Symptome auf nervöse funktionelle Störungen bezieht; „die Unexaktheit ist vielmehr auf Seite derer, die die psychische Untersuchung unterschätzen und daher unterlassen."

Das Werk zerfällt in einen anatomischen und einen klinischen Teil. Im ersteren werden besondere Kapitel der Besprechung des Begriffs von Konstitution und Disposition, des Infantilismus des Skeletts, des Genitale und des Gefäßsystems, ferner des Status thymico-lymphaticus Paltauf (der



chlorotisch-lymphatischen Konstitution), der lokalen Infantilismen (Degenerationszeichen) und der Theorie des Infantilismus gewidmet. Verf. wendet sich gegen die Einteilung desselben in einen Typ Brissaud (thyreogenen) und einen Typ Lasègue-Lorain (dysthropischen, von der Schilddrüse unabhängigen Infantilismus), definiert vielmehr den Infantilismus „in allen seinen Formen als eine germinativ determinierte Entwicklungshemmung, die ererbt und vererbbar oder durch Keimschädigung erworben an verschieden großen Bezirken des Körpers zum Ausdrucke kommen kann". Die äußere Erscheinung der „infantil asthenischen" Frau wird an der Hand einer recht guten Abbildung treffend charakterisiert, wobei besonders auf den langen dünnen Hals, die „wohl nur durch die enge obere Thoraxapertur deutlich sichtbare Schilddrüse", den gewölbten Rücken, die abstehenden Schulterblätter, die vorstehenden nach oben subluxierten Schlüsselbeine, den flachen schmalen Thorax, den nach hinten überfallenden Oberkörper mit der tiefsitzenden Lendenlordose, den vorstehenden schlaffen Froschbauch, die nach innen gedrehten, im Knie leicht gebeugten Beine und schließlich auf die Plattfüße hingewiesen wird. Die Enteroptose und der Prolaps wird ausführlich behandelt. Ihre letzte Ursache ist eine Gewebsschwäche im Bindegewebsapparat, die eine Haupterscheinung des Infantilismus, eine „die Qualität der Gewebe betreffende infantile Hemmungsbildung" darstellt. Ähnlich, nämlich als Organschwäche, ist die orthotische Albuminurie zu bewerten, die häufig mit anderen asthenischen Symptomen, besonders der Chlorose, kombiniert auftritt.

„Ob und inwieweit die mangelhafte Entwicklung, von den schweren Fällen abgesehen, das Interesse des Arztes erweckt, hängt hauptsächlich von dem Grade ab, in dem das Nervensystem an der Entwicklungshemmung beteiligt ist." Dieser Satz wird im klinischen Teil ausführlich begründet. Der Ausdruck der Organschwäche des Gehirns ist die Psychasthenie, zu der gerechnet wird:

1. die konstitutionelle Verstimmung;
2. die Zyklothymie,
3. die Neurasthenie;
4. die Hysterie.

Sie äußert sich im psychasthenischen Anfall (Depression) und im psychasthenischen Symptomenkomplex. In dem letzteren gehen die Beschwerden, die die „unterleibskranken" Neurotischen zum Frauenarzt führen, restlos auf. Die Wahrnehmung schmerzhafter Reize an den Organen erklärt sich dadurch, daß der Sympathikus durch den psychasthenischen Anfall in Mitleidenschaft gezogen wird, sie wird verstärkt durch die kortikale Hyperästhesie. Verf. bekämpft die Freundsche Auffassung, die die psychische Störung als Folge der Zustandsänderung im Viszeralnervengeflecht ansieht (Viszeralhysterie). Freund bringt nebeneinander verlaufende Prozesse willkürlich in Abhängigkeit voneinander. Es ist auch nicht zutreffend, daß die Veränderungen der Zellen des Frankenhäuserschen Ganglions die Folge der von Freund angenommenen Parametritis chronica atrophicans sind. Verf. kann sich nicht davon überzeugen, daß überhaupt ein entzündlicher Prozeß oder auch nur das Residuum eines solchen dabei eine Rolle spielt. Es handelt sich nach seiner Meinung um einen atrophischen Prozeß, der, wie das Bindegewebe, so auch die übrigen Teile des Beckeninhalts befallen hat. Für die Einreihung des „Sympathizismus" in die infantilen Hemmungsbildungen spricht die Tatsache, daß der Sympathikus bei Kindern eine wesentlich größere Rolle spielt als bei Erwachsenen (Erröten, Erblassen, Mißempfindungen im Bauch, Erbrechen, Angstharnen usw.). Verf. bespricht dann die Beziehungen



des asthenischen Anfalls zum Zirkulations-, Respirations-, Verdauungs- und Geschlechtsapparat gesondert. Besondere Beachtung verdient das Kapitel von der Menstruation und ihren Störungen. Verf. sieht in der Menstruation das Vorbild des asthenischen Anfalls, „das physiologische Paradigma für den Zustand, der in pathologischer Abart zu weitgehenden Störungen des Körper- und Seelenlebens der Infantil-Asthenischen führt“, er geht allerdings nicht so weit, die Ursachen der physiologischen menstruellen und der pathologischen endogenen Depression für identisch zu halten. (Meines Erachtens ist es nicht statthaft, von einer physiologischen menstruellen Depression zu sprechen; völlig gesunde Frauen sind während der Menstruation nicht deprimiert, vielmehr ist eine menstruelle Depression bereits als Beweis eines wenn auch noch so geringen Grades von Psychasthenie aufzufassen. Mit größter Wahrscheinlichkeit handelt es sich auch bei den pathologischen endogenen Depressionen um physiologische Ursachen, die denen der Menstruation zum mindesten nahe verwandt sind; der Grad der Depression ist abhängig von der mehr oder minder großen Organschwäche des Gehirns.) In den sympathischen Ganglienzellen sieht Verf. die Vermittler der menstruellen Blutung, sie haben die Aufgabe, die Ovarialhormone zu stapeln und die Blutung nur zu bestimmten Zeiten anzuregen. Diese sistiert, wenn die Ganglien ihren Vorrat an Reizen abgegeben haben. Sind die Ganglienzellen asthenisch, so entstehen profuse Menstruationen, weil die geringen, dauernd im Blut kreisenden Hormonmengen genügen, sie in ihrem Reizzustand zu erhalten. Die periodische Amenorrhöe entsteht, wenn die Hormonproduktion zu gering ist, um einen Reiz auszuüben, oder (wahrscheinlicher. D. Ref.) wenn die Ganglienzellen durch ein starkes Trauma für alle Reize taub geworden sind, wie dies in der tiefsten Depression oder bei anderen Geisteskrankheiten häufig der Fall ist. Auch die Dysmenorrhöe erklärt Verf. als die Folge einer erhöhten Bereitschaft des Sympathikus und der Großhirnrinde, alle Kategorien von Reizen als Schmerz zu perzipieren. Die Chlorose ist die „Manifestation einer bestimmten Form infantil-asthenischer Entwicklungshemmung mit besonderer Beteiligung des blutbildenden Apparats“. In dem Kapitel über die Erkrankungen des Genitale wird ausgeführt, daß weder die Kreuzschmerzen, noch das Gefühl des Drängens nach abwärts für Retroflexio uteri typisch sind. Letzteres hat seine Ursache in einer Überempfindlichkeit des Beckenbauchfells für seine verschiedenen Spannungszustände, erstere werden als Ermüdungsschmerzen gekennzeichnet, die mit der kortikalen Hyperästhesie an Stärke zunehmen. Gegen diese Auffassung spricht allerdings die Tatsache, daß die Kreuzschmerzen sich in vielen Fällen durch die Fließsche Nasenbehandlung, die Verf. selbst für manche Fälle als ein wirkliches Heilmittel bezeichnet, beseitigen lassen. (Fließ sieht bekanntlich die Ursache der Kreuzschmerzen in einer neuralgischen Erkrankung der nasalen Genitalstellen.)

Die Therapie soll in erster Linie eine psychische sein. Verf. spricht von „psychischer Orthopädie“, um das Wort „Psychotherapie“ zu vermeiden, das durch die Freudsche Lehre einen üblen Beigeschmack erhalten habe. Es ist allerdings verwunderlich, daß Verf. nichtsdestoweniger die Ausdrücke „Psychoanalyse“ und „Abreagieren“ recht häufig gebraucht, die doch der Freudschen Lehre entnommen sind, während unter Psychotherapie keineswegs eine Behandlung nach Freud verstanden wird. Gegen die Erscheinungen von seiten des Sympathikus massiert Verf. mit Erfolg bimanuell den Grenzstrang auf seinem knöchernen Unterlager und seine Verzweigungen im Becken.

Was die Behandlung der Dysmenorrhöe mittels der Fließschen Nasenbehandlung betrifft, so ist darauf hinzuweisen, daß Verf. nur von einer



Kokainisierung der Nasenschleimhaut spricht; die Behandlung beschränkt sich aber keineswegs hierauf, vielmehr geschieht die dauernde Beseitigung der Schmerzen durch die Verätzung der nasalen Genitalstellen mit Trichloressigsäure.

Smith (424) unterstreicht die Anschauung Motts, daß dem Alkohol als ursächlichen Faktor bei der Erzeugung der sogenannten Alkoholpsychosen nur die Bedeutung eines Koeffizienten zugesprochen werden kann. Hierfür spricht unter anderem die Tatsache, daß viele Trinker in Krankenhäusern, ohne geistige Anomalien gezeigt zu haben, an Leberzirrhose sterben, während vorgeschrittene Leberzirrhose in Irrenanstalten nur äußerst selten beobachtet wird. Noch hypothetischer als der Alkohol sind mit Ausnahme der Heredität alle anderen Faktoren, die als Ursachen der Geisteskrankheiten angesprochen werden.

In einer überaus eingehenden klassischen Studie eines Falles von Paranoia bringt **Brenner** (62) die Genese und Krankheitsgeschichte einer Patientin, welche namentlich dadurch an Interesse gewinnt, weil die Kranke nicht nur Jahre hindurch klinisch beobachtet werden konnte, sondern mit einem fast literarischen, schriftstellerischen Talent die Entwicklung ihres seelischen Zustandes eingehendst beleuchtet. Bezüglich Details muß auf das Original verwiesen werden; es sei bloß betont, daß Verf. den Fall nach den Ansichten Freuds analysiert, den Werdegang der diversen Komplexe in ihrer gegenseitigen Wechselwirkung darlegt, in der Arbeit der Psyche die strengste Zweckmäßigkeit und Maschinelismus findet (nach seiner Auffassung bestehen diese in allen Fällen) und den Ich-Komplex in 4—6 Subkomplexe zu zerlegen bestrebt ist. (*Hudovernig.*)

Bei seinem Studium der Ursachen der funktionellen Psychosen fand **Rosanoff** (388), daß der Einfluß akuter Infektionskrankheiten ein sehr geringer und überhaupt fragwürdiger ist. Die auslösenden Ursachen sind nach seinen Befunden regelmäßig psychische. Auch bei den Psychosen nach Schwangerschaft Wochenbett, Unfällen, Operationen handelt es sich seiner Ansicht nach weniger um körperliche Einflüsse als um deren psychische Begleiterscheinungen.

Vestberg (467) liefert einen Beitrag zur Frage, wie oft die Kinder geisteskranker Eltern selbst geisteskrank werden. Sein Material umfaßt 100 Familien. Die Geisteskranken der Elterngeneration wurden in den Jahren 1860 und 1880 in der Irrenanstalt zu Upsala gepflegt. Die Kindergeneration umfaßt 402 Individuen; betreffs 390 sind genügende Angaben da. Verf. berücksichtigt in erster Linie die Kinder, die mehr als 20 Jahre alt sind (292); die betreffenden Zahlen sind folgende: 25 Väter mit in Chronizität endender Geisteskrankheit 14,1 % der Kinder geisteskrank; 34 Mütter mit gleicher Geisteskrankheit — 8 % der Kinder geisteskrank. 21 Väter mit Genesung nach der Geisteskrankheit — 4,2 % der Kinder geisteskrank; 17 Mütter mit Genesung — 14,8 % der Kinder geisteskrank. — In den 3 übrigen Familien hatte der Vater eine organische Psychose, wahrscheinlich eine Paralyse; in 2 der Familien blieben sämtliche (5) Kinder gesund, in der dritten war ein Sohn während der Kindheit psychisch schwächlich und eine Tochter nervös, 2 übrige Geschwister stets gesund. (*Sjövall.*)

Hennes (203): Beschreibung eines Falles von Psychasthenie bei einem 13jährigen Mädchen, das erblich schwer psychopathisch belastet war. Es empfiehlt sich für solche Kinder der Unterricht in Sonderklassen von 6 bis höchstens 10 Schülern. Hier ist eine bessere Individualisierung als in den Normalschulen möglich einerseits, andererseits wird die Überbürdung vermieden, die sich leicht beim Einzelunterricht einstellen könnte. Die Ein-



schränkung und spezifische Qualifizierung des Unterrichtsstoffes kann am besten in einer heilpädagogischen Anstalt durchgeführt werden, die auch die Erziehung der oft einseitigen Phantasiebegabung zum gesunden Wirklichkeitsfühlen und Empfinden in genügender Weise berücksichtigen kann. (*Bischoff.*)

Mears (307) berichtet von drei Fällen, die er deshalb „chirurgische Psychosen" nennt, weil ihre Behandlung eine chirurgische war. Der erste Fall wurde mittels Massage behandelt (die man nicht unbedingt als chirurgische Behandlung anzusehen braucht), im zweiten Fall wurde eine Scheinoperation gemacht. (Der betreffenden hysterischen Kranken war bereits vorher der ganze Genitaltraktus entfernt worden. Sie kam nun, um sich noch die zurückgebliebenen „Stümpfe" entfernen zu lassen, ein Wunsch, dem der Verf. allerdings nicht entsprach.) Der dritte Fall betrifft eine Kranke mit epileptiformen Anfällen, der (nicht vom Verf.) auf ihren Wunsch die Hand amputiert worden ist, weil ihre Anfälle stets in der Hand begannen. Man sieht, Amerika ist noch immer das Land der unbegrenzten Möglichkeiten.

Stroemer (438) berichtet über ein Krankheitsbild akuter halluzinatorischer Verwirrtheit, das sich nach einer in Lumbalanästhesie vorgenommenen gynäkologischen Operation entwickelte. Auch hier war die Erschöpfung das ursächliche Moment, wobei die Operation schließlich nur auslösend wirkte. Der Lumbalanästhesie ist keine Schuld beizumessen. (*Frankfurther.*)

Cole (90) ist der Ansicht, daß der Ausbruch postoperativer Psychosen durch sorgsame Berücksichtigung des psychischen Faktors während der gesamten gynäkologischen Behandlung, besonders aber im Anschluß an die Operation, häufig hintangehalten werden kann.

Peretti (340) weist darauf hin, daß die Vorstellung von dem Zusammenhang psychischer und nervöser Störungen mit dem weiblichen Genitalapparat so alt ist wie die Psychiatrie. Er wirft einen historischen Rückblick auf die jeweiligen Auffassungen und bespricht an der Hand der Literatur eingehend die Resultate, die durch gynäkologische Operationen bei Hysterischen und anderen psychisch Kranken erzielt worden sind. In ruhiger und sachlicher Form werden die Anschauungen Bossis von der gynäkologischen Prophylaxe des Wahnsinns als völlig unzutreffend zurückgewiesen. „So leicht", wie Bossi meint, „ist der Geist der Psychiatrie nicht zu fassen."

Mathes (305) wendet sich gegen die „temperamentvollen Publikationen" Bossis und erhebt im Gegensatz zu ihm die Forderung, daß sich „jeder Gynäkologe mit Psychiatrie so weit beschäftige, als es notwendig ist, um den psychasthenischen Symptomenkomplex und seine Grundlagen zu erkennen. (Vgl. das Buch des Verf.: Der Infantilismus, die Asthenie und deren Beziehungen zum Nervensystem.)

Ewart (142) plädiert für die Aufstellung des Begriffs „Amenorrhoe-Psychose" als nosologische Einheit. Die in der Diskussion seines Vortrages erhobenen Einwände, die hauptsächlich dahin zielten, daß man sich hüten müsse, einen terminus einzuführen, der nicht eine absolut festgegründete wissenschaftliche Basis habe, suchte er durch Hinweis auf die „Puerperal-Psychose" zu entkräften. Dagegen muß natürlich betont werden, daß alles dafür spricht, im Puerperium eine der Hauptursachen, in der Amenorrhoe dagegen nur ein Symptom der Psychose zu erblicken.

Häffner (190) weist in der Literatur nach, wie bis über die Mitte des 19. Jahrhunderts hinaus die Menstruation und ihre Anomalien als direkte Ursache sowohl für Geistesstörungen als auch für Nervenkrankheiten betrachtet wurden. Diese Anschauung änderte sich in den folgenden Jahren allmählich, und die Menstruationsstörung war nur noch ein Symptom geistiger bzw. nervöser Erkrankung. Einen letzten Rest der alten Lehre stellte die Men-



strualpsychose dar, die aber auf Grund der in der Literatur angeführten Fälle als streng abgegrenztes Krankheitsbild nicht anzuerkennen ist. Es werden dann Krankheitsfälle mitgeteilt, die in die Dem. praecoxgruppe, zum manisch-depressiven Irresein und zu den psychogenen Seelenstörungen gehören. Am naheliegendsten ist es, für die Menstruationsstörungen bei den schweren geistigen und nervösen Erkrankungen die Beeinträchtigung der allgemeinen Biologie des davon Betroffenen Individuums verantwortlich zu machen. Doch spricht dagegen die Tatsache, daß z. B. bei Tumoren die Menstruationsstörung allen andern Symptomen jahrelang vorauseilen kann, während sich die Patientinnen dauernd eines guten Befindens erfreuen. Leichter ist die Erklärung bei der Akromegalie, bei der eben Veränderungen des drüsigen Teils der Hypophysis vorliegen. Hypophysis und Ovarium haben einander entgegengesetzte Wirkungen. Die Amenorrhoe bei Akromegalie ist auf den Ausgang des Ovulationsvorganges und dieser auf die pathologisch veränderte Hypophysis zu beziehen. Bei den Hirntumoren kann gleichfalls an eine indirekte Schädigung der Hypophyse durch Druck oder durch Hydrozephalus gedacht werden. Doch bleiben dadurch die Fälle von multipler Sklerose, Syringomyelie, Neuritis und ebenso die geistigen Erkrankungen unerklärt. Man könnte zu ihrer Erklärung schließlich noch annehmen, es bestehe für die Menstruation bzw. Ovulation ein nervöses Zentrum, ähnlich wie bei andern viszeralen Vorgängen des Körpers, von dem es noch fraglich bleiben müßte, ob es einheitlich lokalisiert ist, oder ob es mehrere Zentren gibt. Die bei organischen Läsionen des Nervensystems vorkommenden Menstruationsstörungen würden sich dann als Affektion dieses hypothetischen Zentrums erklären, die durch Zerstörung oder indirekt durch Druck und durch Schädigungen von ordinierten Zentren erfolgen könnte. (*Frankfurther.*)

Bossi (52) teilt vier Fälle mit, in denen durch gynäkologische Behandlung die Heilung der bestehenden Psychose bewirkt wurde. Die Diagnose lautete in den vier Fällen zweimal auf Dementia praeaox, je einmal auf depressiv-maniakalischen Wahnsinn und Mania melancolica. Die bestehenden gynäkologischen Leiden waren infektiöse Endometritis, Metritis, Amenorrhoe und andere Genitalleiden. In allen vier Fällen trat völlige geistige und körperliche Heilung ein, die bestehen blieb, wie Nachuntersuchungen einzelner Fälle ergaben. Die toxischen weiblichen Psychosen genitalen Ursprungs, die Neuropsychopathien und der durch allgemeine Intoxikation und folglich auch Intoxikation des Nervensystems bei infektiösen Erkrankungen der weiblichen Genitalien hervorgerufene Irrsinn müssen in die psychiatrische Pathologie aufgenommen werden. (*Frankfurther.*)

Cristiani (87b) liefert einen Beitrag zur Lösung der Frage über die Beziehungen zwischen psychischen Störungen und Frauenkrankheiten, welche auf dem Kongreß in Bonn (1912) sehr lebhaft debattiert wurde.

Der beschriebene klinische Fall beweist, daß die Frauenaffektion ohne jede Beziehung mit der Psychopathie verlaufen kann. (*Audenino.*)

Eckert (134) untersuchte mit der etwas modifizierten Methode von Boldt die Merkfähigkeit bei den Hausschwangeren der Freiburger Klinik. Die Merkfähigkeit wird durch den Gebärakt regelmäßig schlechter, erholt sich aber nach einiger Zeit wieder. Bei Erstgebärenden wird die Merkfähigkeit durch den Gebärakt weniger beeinträchtigt als bei Mehrgebärenden, und die Reparation der Merkfähigkeit ist besser. Das gleiche gilt für die Fälle, die im Skopolaminmorphin-Dämmerschlaf geboren hatten. Am deutlichsten ist dies bei den Erstgebärenden. (*Frankfurther.*)

Schumann (410) findet, daß die psychologischen Änderungen im Sexualleben des Weibes häufiger von Psychosen begleitet werden als eigentliche



Erkrankungen der Beckenorgane. Andrerseits sind manche Geisteskrankheiten von Veränderungen der Genitalorgane begleitet. So zeigten von vier Frauen, die an Nymphomanie litten, drei Hypertrophie und Phimose der Klitoris, während die vierte allgemeine Kongestion und erweiterte Gefäße aufwies. Die Exzision der Klitoris führte in einem Falle zur Heilung, in zwei Fällen zu wesentlicher Besserung, und nur der vierte Fall blieb unbeeinflußt. Notwendige Operationen sollten immer ausgeführt werden, nicht unbedingt notwendige nur nach sorgfältiger Überlegung und Beratung mit dem Psychiater. Unbedingt zu unterlassen sind Operationen, deren reflektorische Wirkung nicht zu übersehen ist, wie z. B. die Exstirpation gesunder Ovarien und ähnliches. (*Frankfurther.*)

Engelhard (137) berichtet über die in der Utrechter Frauenklinik zwischen 1899 und 1910 beobachteten Psychosen. Ihre Zahl belief sich auf 51 bei 19910 Geburten, davon betrafen 29 Fälle akute Psychosen, unter diesen waren neun während der Gravidität, fünf während der Geburt und 15 im Puerperium aufgetreten. Neun von den Puerperalpsychosen waren posteklamptische. Hereditäre Disposition war bei den Schwangerschaftspsychosen in vier Fällen nachzuweisen, ein spezifischer Einfluß der Gravidität auf die Psyche wurde in vier Fällen angenommen; in einem Fall (Nr. 7) ist diese Annahme bestimmt unzutreffend, da die Patientin vorher sieben ähnliche Anfälle und von diesen nur einen während einer Gravidität gehabt, drei Schwangerschaften aber ohne jede Störung durchgemacht hat. Spezifischer Einfluß des Wochenbetts konnte nur in einem Fall festgestellt werden, Infektion spielte in zwei Fällen eine Rolle, die Erschöpfung war nur in einem Falle größer als bei anderen Wöchnerinnen. Bei den posteklamptischen Psychosen war ein Einfluß der Heredität, die bei den übrigen Puerperalpsychosen eine Rolle zu spielen schien, sehr unsicher, dagegen bestand ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Urinsekretion und dem Auftreten der psychischen Störung.

Die Graviditätspsychosen dauerten im Durchschnitt $8^1/_2$ Monate, die Puerperalpsychosen viel weniger lange, die posteklamptischen meist nur einige Tage, die durante partu und gleich post partum aufgetretenen sogar nur Stunden. In einigen Fällen von chronischen Psychosen wurde ein exazerbierender Einfluß der Geburt nachgewiesen.

Bezüglich der Therapie trennt Verf. 1. die Psychosen in der Gravidität und durante partu auftretend; 2. die Puerperalpsychosen. Bei den letzteren komme nur Anstaltsbehandlung in Frage. Nur in Fällen von kurzdauernden Fieberdelirien oder von reinen Psychosen, mit puerperaler Infektion kompliziert, könne eine gynäkologische Behandlung angebracht sein. Auch bei den posteklamptischen Psychosen sei der Psychiater, und nur ausnahmsweise der Gynäkologe zuständig. Bei den Graviditätspsychosen werden Anstaltsbehandlung zwar auch oft erforderlich sein, an ihnen sei aber der Gynäkologe wegen der Frage, ob eine Unterbrechung der Schwangerschaft vorgenommen werden soll, besonders interessiert. Verf. tritt übrigens im allgemeinen für die konservative Behandlung ein. Auch den „glänzenden Erfolgen" der aktiven Therapie bei der Chorea gravidarum scheint er etwas skeptisch gegenüberzustehen.

Meyer (310) untersucht, ob und inwieweit psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen besondere Merkmale haben, und ob sie als solche aus ihrem psychischen Bilde erkannt werden können, und stellte weiter die Frage, ob wir imstande sind, die psychischen Störungen auch zu differenzieren, je nach Art der körperlichen Erkrankung. Er stellte fest, daß es keine Typhus-Pneumonie- usw. Psychose, keine spezifische Geistesstörung für jede



einzelne Infektionskrankheit gibt, nur quantitative, nicht qualitative Unterschiede sind nachweisbar. Wie bei den Infektionskrankheiten ergibt sich auch bei den übrigen körperlichen Erkrankungen, daß trotz der verschiedenartigsten Krankheiten sich keine spezifische psychische Störung zeigt, sondern im wesentlichen die gleichen Krankheitsbilder immer wieder hervortreten. (*Sossinka.*)

Mitsuoka (314) teilt einen Fall mit, in dem nach Tubenruptur-Operation und großem Blutverlust eine Psychose ausbrach, die durch Verwirrtheitszustände und Halluzinationen ausgezeichnet war und als Erschöpfungspsychose gedeutet wurde. Nach den Augenoperationen führen Operationen an den weiblichen Genitalien am häufigsten zu Psychosen. Es kommen, wie an einer Zusammenstellung aus der Literatur gezeigt wird, die verschiedensten Formen von Psychosen vor. Die Prognose der Erschöpfungspsychosen ist im allgemeinen günstig, doch bleibt in einem großen Prozentsatz der Fälle ein Schwächezustand zurück. Bedingt werden diese Psychosen durch hereditäre und persönliche Belastung, durch prädisponierende Momente und durch die durch Operationen herbeigeführte physische und psychische Erschöpfung. (*Frankfurther.*)

Weygandt (476) gibt, soweit man sich heutzutage bei aller Kritik doch schon ein Urteil bilden kann, folgendes zu: 1. Spezifische Veränderungen des psychischen Zustandes bei leichter Phthise sind nicht selten. 2. Schwerere deliriöse Störungen kommen hier und da bei vorgeschrittener Krankheit vor. 3. Eine eigenartige Veränderung der Hirnrinde, Zellen, Gefäße auch Meningen ist hier wahrscheinlich gemacht. 4. Die einwandfreieste Erklärung für sämtliche von 1—3 dargelegten Erscheinungen liegt in der Annahme einer spezifisch toxischen Wirkung der Tuberkulose auf das Zentralnervensystem, insbesondere die Hirnrinde. (*Sossinka.*)

Leiber (271) veröffentlicht einen Fall von psychischer Störung, die im Verlaufe einer tuberkulösen Meningitis auftrat. Die Kardinalsymptome der Meningitis hatten völlig gefehlt, Fieber und ausgesprochene Erscheinungen traten erst einen Tag vor dem Tode auf. Es bestand ferner Miliartuberkulose sämtlicher Organe. Die psychische Störung erinnerte an die Katatonie. (*Frankfurther.*)

Becker (29) kommt zu folgenden Resultaten: 1. Es ist berechtigt, in der psychiatrischen Wissenschaft die Möglichkeit und das nicht selten tatsächliche Vorkommen von Besserung der geistigen Störungen durch interkurrierenden Abdominaltyphus als feststehend anzunehmen. 2. Dieses Ergebnis ist von 3 Faktoren abhängig: a) von der Art der Psychose, b) von dem Lebensalter, c) von der Dauer der psychischen Erkrankungen bis zum Ausbruch des Typhus. 3. Idiotie, Epilepsie, Paralyse und die senilen Geistesstörungen bleiben fast ganz unbeeinflußt, Dementia praecox dagegen wird sehr oft gebessert, in manchen Fällen bis zur Entlassungsfähigkeit. (*Sossinka.*)

Landsbergen (266) beschreibt einen Krankheitsfall eingehend und ist der Ansicht, daß auch bei bestehender Psychose eine neue Ursache nicht die zu ihr gehörenden Symptome hervorzurufen braucht; es entwickelten sich hier nicht die Symptome eines infektiösen Delirs, obwohl doch durch die bereits bestehende Psychose die Möglichkeit dazu gegeben schien. (*Sossinka.*)

Barnes (19) weist mit Bezug auf die syphilitische Ätiologie von Geistesstörungen auf folgende Punkte hin:

1. Es gibt keinen psychischen Symptomenkomplex, der für Syphilis des Nervensystems charakteristisch wäre.

2. Gehirnsyphilis kann sich in einem bereits kranken Gehirn entwickeln und auch gemeinsam mit anderen organischen Hirnkrankheiten auftreten.

3. Die Differentialdiagnose intra vitam ist häufig schwer, oft unmöglich.

Lundahl (289) hat eine große Reihe von Wassermann-Bestimmungen bei Geisteskranken und Idioten vorgenommen. In 89 Fällen von Dementia praecox war das Resultat nur einmal positiv (klinisch sichere luische Infektion 1/2 Jahr nach dem Anfang der Geisteskrankheit), 21 Fälle von Epilepsie reagierten sämtlich negativ, unter 9 Fällen von Dementia paralytica einmal negatives Resultat (Ursache: vorhergehende, langdauernde Behandlung mit KJ?), unter 50 Fällen von Idiotie ein Fall positiv. (*Sjövall.*)

Carstensen (79) hat 25 Fälle von Geistesstörungen im Senium aus der Göttinger Klinik zusammengestellt, wobei er diese einteilt in solche mit sicher organisch bedingter Grundlage, bei denen das Bild der senilen Verblödung absolut im Vordergrunde steht, oder sicher Herdsymptome vorhanden waren (arterio-sklerotisches Irresein nach Kräpelin), und in solche, bei denen Symptomenkomplexe, wie sie sonst den funktionellen Psychosen eigen sind, über die senilen Züge hervorragen. Danach verteilen sich die Fälle auf

8 Fälle von seniler Demenz,
7 Fälle von depressiven Zuständen,
3 Fälle von manischen Zuständen,
7 Fälle von paranoischen Zuständen.

Bei der Dem. sen. war keine Heilung oder Besserung zu verzeichnen, sie war besonders charakterisiert durch enorme Störung der Merkfähigkeit; Prognose demnach schlecht. Von den anderen Fällen wurden 10 gebessert resp. geheilt, jedoch blieb bei allen Geheilten wechselnder Intelligenzdefekt oder mäßige Gedächtnisschwäche und Merkfähigkeitsstörung bestehen als Ausdruck des spezifisch senilen Einflusses. Im übrigen gewinnt man bei diesen Fällen den Eindruck, daß sie nicht an das Senium gebunden, sondern zufällig im höheren Alter zum Ausbruch gekommen sind. Man kann die Prognose als fast ebenso günstig ansehen wie bei denselben Krankheitsformen in früherem Lebensalter.

Lafora (260) beobachtete eine Frau von 96, die die ausgesprochenen Zeichen des pathologischen Seniums, speziell der Gehirnarteriosklerose bot, bei der die Sektion aber dennoch keine senilen Plaques und keine zirkumzellulären Körbe oder Alzheimersche Fibrillenveränderung, also keine histopathologische Veränderung der Senilität ergab. Andrerseits wurden wesentlich jüngere Fälle beobachtet, die diese Veränderungen aufwiesen, ohne klinisch der Alzheimerschen Krankheit anzugehören. Die metabolische Störung, die diese Veränderungen erzeugt, ist eine ganz eigentümliche und ist nicht durch andere pathologische Prozesse, wie Karzinomkachexie, tuberkulöse Kachexie, Anasarka, mechanische Läsionen der Thyreoidea bedingt, wenn auch alle diese somatischen Erkrankungen wahrscheinlich die Bildung der senilen Veränderungen beschleunigen können. Auch das Vorkommen zirkumzellulärer Körbe ohne Begleitung seniler Plaques wurde beobachtet. (*Frankfurther.*)

Gilbert-Ballet (171) unterscheidet zwei Formen der Presbyophrenie: die eine ist eine polyneuritische Psychose, die sich auf Grund einer Vergiftung aus äußeren oder inneren Ursachen entwickelt, die andere stellt eine abgeschwächte oder Anfangsform der senilen Demenz dar, mit der sie früher oder später verschmilzt, wenn der Gedächtnisdefekt auch auf die länger zurückliegenden Ereignisse eingegriffen hat. Ein Fall, dessen psychische Störungen hauptsächlich in einem weitgehenden Gedächtnisdefekt bestanden,



wird demonstriert. Die Gedächtnisstörung ist bei den Presbyophrenen die Hauptursache der Konfabulation. Pathologisch-anatomisch handelt es sich wahrscheinlich um Zellatrophien und diffuse Sklerose. (*Frankfurther.*)

Beschreibung **Piazza**'s (345) eines klinischen Falles von Presbyophrenie mit Schreibstörungen, die ähnlich waren denjenigen bei der allgemeinen progressiven Paralyse. Die histologischen Befunde bestätigen diejenigen der Autoren. (*Audenino.*)

Ziveri (490): 57 jährige Frau erkrankte zunächst an Depression, später an heftigen Erregungen, Verworrenheit, Konfabulation mit rasch fortschreitendem Kräfteverfall, Bewußtlosigkeit, Dekubitus. Die eingehende anatomische Untersuchung des Zentralnervensystems ergab fettige Degeneration der Nervenzellen, ferner einfache und fettige Sklerose, namentlich in den Zellen der oberflächlichen Schichten, Degeneration des Protoplasmas, deutliche Läsion des Fibrillenapparates, allgemeine Vermehrung der Neurogliakerne, mäßige Vermehrung der Gliafibrillen, starke Zunahme der perivasalen Astrozyten, fettige Pigmente, degenerative Umgestaltung der Gliaelemente, Gefäßvermehrung mit Schlingen und Knäueln, regressive Veränderung der Gefäßwände usw.

Toxische, urämische Ursachen konnten ausgeschlossen werden, ebenso arteriosklerotische Geistesstörung und Amentia, so daß Verf. den Fall als präsenile Psychose aufzufassen sich berechtigt glaubt.

Marchand und **Nouet** (297): Drei klinisch und anatomisch untersuchte Fälle von Presbyophrenie: Verlust der Merkfähigkeit, Konfabulation, Desorientierung, Erinnerungstäuschungen, progressiver Verlauf. Keine Erscheinungen von Polyneuritis, obwohl bei dem einen Kranken früher Alkoholexzesse nachgewiesen waren. Makroskopisch in allen drei Fällen Atrophie des Gehirns. Bei zwei Fällen ausgesprochene Atheromatose der Gefäße der Basis und der Konvexität. Bei einem Fall subkortikale Lakunen in den Hirnwindungen. Mikroskopisch Atrophie der Pyramidenzellen, perivaskuläre Sklerose mit Degeneration der Tangentialfasern besonders im Bereich der Stirn- und Schläfenwindungen bzw. Atheromatose der Gefäße der Basis und der kleinen Meningealarterien. Bei einem Fall zahlreiche kleine Herde in der weißen Substanz mit Obliterationen im Bereiche des subkortikalen Gefäßnetzes. Alle diese Veränderungen sind bekannt als Befunde bei gewöhnlicher seniler Demenz. Die Presbyophrenie kann daher nur als eine Abart dieser Krankheit betrachtet werden, die anatomisch bedingt ist durch degenerative und sklerotisch-atrophische Prozesse. Die auffallende Degeneration der Tangentialfasern kann mit der Presbyophrenie als solcher nicht in Zusammenhang gebracht werden, denn man findet sie auch bei den nicht presbyophrenischen Senil-dementen. Die Konfabulation kann demnach nicht auf besondere Veränderungen des Gehirns zurückgeführt werden, steht vielmehr in Beziehung zum Verluste der Merkfähigkeit, indem der Kranke die Gedächtnislücken aus dem Schatze seiner alten Erinnerungen ausfüllt, wobei er diese letzteren in verschiedener Weise assoziiert. Der Ursprung der Konfabulation ist vor allem im psychischen Automatismus zu suchen, der bei allen Dementen und Verwirrten eine so große Rolle spielt. Die Presbyophrenie kann demnach nicht auf eine polyneuritische Psychose zurückgeführt werden. Die Verfasser halten es nicht für richtig, von einem presbyophrenischen Syndrom (= Syndrom der Alterspsychose) zu sprechen, denn dieses Syndrom findet sich im allgemeinen vor Eintritt des Alters. Es wäre dasselbe, als wenn man alle Fälle von Negativismus, Suggestibilität und Stereotypien als hebephrenische Syndrome (= Syndrom der Jugendpsychose) be-



zeichnen wollte. Außerdem würden in den Bereich dieser Bezeichnung ganz differente Zustände fallen (Verwirrtheit, senile Demenz, organische Demenzen, Paralyse, postepileptische Dämmerzustände).

Dide und **Gassiot** (121) suchen die Pathogenese der Presbyophrenie zu ergründen. Es ist versucht worden, die Symptome dieser Erkrankung, die in Amnesie, in allo-psychischer Desorientiertheit ohne auto-psychischer Desorientierung, in Fabulation aber mit relativ erhaltener Intelligenz bestehen, als eine Unterart der senilen Demenz zu erklären, oder als eine Art polyneuritische Psychose, als hepato-renale Insuffizienz und schließlich als partielle zerebrale Insuffizienz besonders des Lobus occipitalis zu deuten. Dide und Gassiot halten alle diese Theorien für nicht stichhaltig. Sehr bemerkenswert ist differentialdiagnostisch das Symptom der Fabulation, das erfindungsarm ist und in der Amnesie seinen Ursprung hat, im Gegensatz zu der erfindungsreichen Fabulation der Hysterischen. (*Bendix.*)

Hannard (196) berichtet über eine 75jährige Kranke, bei der sich seit etwa 15 Jahren Beeinträchtigungsideen eingestellt hatten, ohne nachweisbare Sinnestäuschungen und wesentliche Schädigungen des Gedächtnisses und Urteils. Die Wahnideen hatten insofern einen quasi systematisierten Charakter, als sie sich auf die eine Idee zurückführen ließen, daß alle möglichen Leute ihre Tochter heiraten wollten. Die Weiterentwicklung geschah lediglich auf dem Wege der Interpretation und der Fabulation. Verf. ist geneigt, in diesem Fall die paranoide Form eines präsenilen psychopathischen Zustandes (Kraepelin) zu sehen: Die Schädlichkeiten des beginnenden Seniums haben auf ein prädisponiertes Individuum gewirkt, wie es in anderen Fällen ein moralischer Shok, ein Trauma, eine Infektion oder eine Intoxikation zu tun pflegen (ob diese Auffassung richtig, erscheint nach Lage des Falles doch recht zweifelhaft); die klinische Schilderung entspricht vielleicht einem Bilde des Délire d'interprétation (Paranoia chronica simplex).

In 100 Fällen von Involutionspsychose fand **Walton** (473) 66mal keine, 20mal mäßige und 14mal ausgesprochene Arteriosklerose. Bei 100 Kontrollpersonen, die annähernd das gleiche Alter hatten, wurden korrespondierende Zahlen notiert. Eine große Anzahl der beobachteten Fälle gehörten in die chronische Klasse mit schlechter Prognose. Verf. kommt daher zu dem Resultat, daß Arteriosklerose wahrscheinlich in der Ätiologie der Involutionspsychosen eine sehr geringe Rolle spielt und auch auf die Prognose einen nebensächlichen Einfluß ausübt.

Fuller und **Klopp** (163) veröffentlichen einen zweiten Fall von Alzheimerscher Krankheit, der in mancher Beziehung von den früher mitgeteilten Fällen differiert. Der klinische Verlauf sowohl (Beginn mit Depression und Sinnestäuschungen ängstlichen Inhalts) als auch die Vorgeschichte, in der körperliche Leiden, eine schwere Kopfverletzung, psychische Traumen, ungünstige äußere Verhältnisse eine Rolle spielen, ließ zunächst an vielerlei Möglichkeiten denken; indessen gab das Auftreten von ausgesprochenen sensorisch-aphasischen und Gedächtnisstörungen sowie periodischer Verwirrtheitszustände im Verein mit vorher beobachteten epileptiformen Anfällen, die keine motorischen Residuen hinterlassen hatten, den Ausschlag für die Diagnose Alzheimersche Krankheit. Der weitere Verlauf und der Sektionsbefund bestätigten diese Annahme.

Resümee des von **Fuller** (161) mitgeteilten Falles von Alzheimerscher Krankheit: Bei einem 54jährigen Mann stellen sich Gedächtnisdefekte, sensorische Sprachstörungen, vorübergehende Attacken von leichter Verwirrtheit ein, die sich während eines Influenzaanfalls zu ausgesprochener Verwirrtheit mit Neigung zu verkehrten Handlungen und Unsauberkeit



steigern. Hand in Hand mit diesen Erscheinungen geht ein progredienter geistiger Schwächezustand. Im Alter von 56 Jahren Aufnahme in die Anstalt. Während des 12tägigen Aufenthaltes daselbst wechseln Stadien von Somnolenz mit solchen deliranter Unruhe mit Erregungen und Sprachstörungen sensorischen Charakters. Schließlich treten klonische Krämpfe in der Schultermuskulatur auf, zunehmende Bewußtseinstrübung und Bronchopneumonie. Die Autopsie ergab: Regionäre Atrophien und Arteriosklerose der größeren Hirngefäße. Mikroskopisch: Gefäßproliferation, progressiv-regressive Veränderungen in den Gefäßwänden, aber keine Infiltration; atrophische und reichlich pigmentierte Ganglienzellen, bei vielen von diesen Alzheimersche Degeneration nachweisbar; zelluläre und fibrilläre Gliosis, ferner miliare Plaques in allen Schichten der Rinde, in Basalganglien, Hirnstamm und Medulla sowie ausgesprochene Alzheimersche Degeneration. Keine Anzeichen für Lues. Anschließend berichtet Verf. über 13 von anderen Autoren publizierte Fälle.

Soukhanoff (427) gelangt in seinen klinischen Betrachtungen zu folgenden Schlüssen: Zwischen den beiden Grundformen psychischer Störung, die sich in der Periode der Involution entwickeln können, — Dementia arteriosclerotica und Dementia senilis —, gibt es eine ganze Reihe von Übergangsformen und Mischzuständen, bei denen eine Abgrenzung nicht möglich ist. Die Dementia postapoplectica reiht sich in klinischer Beziehung bald der arteriosklerotischen, bald der senilen Demenz an. Die Presbyophrenie Wernickes nähert sich in den charakteristischen Symptomen in vielen Punkten der Dementia arteriosclerotica, andererseits kann sie nicht immer deutlich von der senilen Demenz geschieden werden. Die im präsenilen Alter akut sich entwickelnden psycho-pathologischen Krankheitsbilder müssen zu der Involutionsperiode in Beziehung gebracht werden; im weiteren Sinne gibt es nur eine einzige Involutionspsychose, deren Bild sich ebensowohl aus der senilen wie aus der postapoplektischen Demenz und der Presbyophrenie Wernickes zusammensetzt.

Gutzeit (189) kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. Ein 6jähriges Kind ist schon einer rückläufigen Assoziation mit einer dreistelligen Zahlenreihe fähig.

2. Störung der rückläufigen Assoziation läßt auf eine Störung der Geistestätigkeit schließen, die Prüfung der rückläufigen Assoziationen ist deshalb bei allen Psychosen bei der Intelligenzprüfung zu verwerten.

3. Isolierte Störung der rückläufigen Assoziationen bei Fällen, in denen die andern Intelligenzproben mehr oder weniger im Stich lassen, legt den Verdacht einer Dementia senilis oder arteriosclerotica nahe.

4. Bei Prüfung der rückläufigen Assoziation sind stets alle 4 in dem von mir aufgestellten Schema (a) Wochentage in 3—10 Sekunden, b) Monate in 6—18 Sekunden, c) Namen (kein Familienname), d) Zahlenreihen (3—7 Zahlen)) angeführten Proben zu machen, namentlich aber die Probe mit Hilfe der Monate und einer Zahlenreihe.

Die angeführten Fälle von Dementia arteriosclerotica und Dementia senilis beweisen zur Genüge, daß die Prüfung der rückläufigen Assoziationen eventuell differentialdiagnostisch äußerst wertvoll werden kann.

Alle anderen bestehenden Intelligenzproben, die subjektive und die objektive Anamnese, müssen natürlich auch als sehr wichtig angesehen werden, um sich eine klare Anschauung von dem psychischen Krankheitsbild machen zu können.

Fischer (150): Da in einer großen Zahl von Fällen die Sphärotrichinbildung — eine von Fischer als Sphaerotrichia multiplex bezeichnete Hirn-



veränderung — mit bestimmten klinisch ziemlich einheitlichen Symptomen einhergeht, so können wir uns kaum eine andere Vorstellung machen, als die eines ursächlichen Zusammenhanges dieser anatomischen Gehirnveränderung mit der geschilderten Psychose der presbyophrenen Demenz.

(*Sossinka.*)

Guilarowsky (186) betont, daß das Gedächtnis unter den geistigen Tätigkeiten dank seiner Unabhängigkeit vom sonstigen allgemeinen geistigen Zustand einen besonderen Platz einnehme. Dies Verhalten kommt auch klinisch bei einer Reihe von organischen Erkrankungen zum Ausdruck. Den Grund hierfür erblickt Verf. in der Erkrankung gewisser Assoziationssysteme, insonderheit jener, die eine Verbindung zwischen den Hör-, dem Seh- usw. Zentrum und den Zentren der Wortklang-, der Wortbewegung- und der Wortbildvorstellungen darstellen. Die Läsion dieser Fasergruppen kann dadurch, daß die Assimilation neuer Eindrücke verhindert bzw. beeinträchtigt wird, Störungen des Gedächtnisses hervorrufen, ohne daß die geistige Tätigkeit im allgemeinen zu leiden braucht. Der in der Überschrift gebrauchte Ausdruck „Herderkrankung“ ist nicht im groben topographischen Sinne zu verstehen, sondern soll nur den Ausfall einer mehr oder weniger bestimmbaren Gruppe von Assoziationsfasern kennzeichnen. Der vermutete anatomische Sitz macht es erklärlich, daß gerade jene Herderkrankungen, deren klinische Erscheinungsweise in allen möglichen Sprachstörungen sich dokumentiert, oft von Gedächtnisschwäche begleitet werden. Dabei müssen natürlich auch die gleichzeitig bestehenden Ernährungsstörungen des Gehirns in Betracht gezogen werden. Die Assoziationsbahnen sind anatomisch noch wenig erforscht, und jene Faserbündel, deren Läsion in bestimmten Fällen vorzugsweise eine allgemeine Gedächtnisschwäche zur Folge hat, lassen sich anatomisch noch nicht genau definieren; klinische und pathologisch-anatomische Befunde lassen darauf schließen, daß die in Frage kommenden Faserbündel am häufigsten bei den Herderkrankungen der Schläfen- und Stirnwindungen beteiligt sind. Im übrigen müssen zurzeit psychologisch-funktionelle Erfahrungen herangezogen werden. Den Ausführungen des Verf. liegen Beobachtungen an 25 Geisteskranken (Dem. paral., Dem. praec., Dem. sen., Epil., Alc., Imbec.), an 34 mit Herderkrankungen ohne Psychose und Kontrollversuche an 12 gesunden Individuen zugrunde. Das Gedächtnis wurde sowohl nach Ebbinghaus wie nach Bernstein untersucht, jedoch wird Näheres über die Anstellung dieser Versuche nicht angegeben, auch werden keine einzelnen Ergebnisse verzeichnet. Die schwersten Gedächtnisstörungen finden sich bei Arteriosklerose, besonders bei gleichzeitiger rechtsseitiger Lähmung und bei der Dem. senilis. Verf. geht ferner noch näher ein auf die Paralyse, den Tumor cerebri, den Korsakoffschen Symptomenkomplex sowie auf die Dem. praec.

Courbon (103) teilt die Krankengeschichte je eines Falles von Dementia senilis und Dementia paralytica mit, die beide ausgesprochene Erscheinungen der bereits vorgeschrittenen Krankheit boten, während andererseits das Gedächtnis in allen seinen Qualitäten sich gut erhalten zeigte. In vielen anderen ähnlichen Fällen von erworbener oder angeborener Demenz ist, wie der Verf. ausführt, das Gedächtnis ebenfalls viel weniger beeinträchtigt, als es zunächst den Anschein hat. Es ist bekannt, bis zu welchem hohen Grade das Gedächtnis dem Gebiete des Unterbewußtseins angehört, und wie wenig der Wille, das Bewußtsein oft imstande sind, das Gedächtnis wachzurufen. Es ist daher nicht zu verwundern, wenn man in Fällen, wo „das Unterbewußtsein von den Banden des Bewußtseins befreit ist“, die Fortdauer des Gedächtnisvermögens beobachtet. Eine große Rolle spielt ferner zweifellos



die gemütliche Indifferenz der Kranken. Das Fehlen der Affektivität ist das Hauptkennzeichen der Demenz; die Kranken entbehren damit des das Gedächtnis hauptsächlich in Anspruch nehmenden Stimulans und scheinen daher Dinge vergessen zu haben, deren sie sich in Wirklichkeit — auf eindringliches Befragen — erinnern.

Prince (362): Ein 34jähriger Schneider brachte sich in einem Depressionszustand in selbstmörderischer Absicht eine Schußwunde bei. Abszeß im Niveau der 2. linken Stirnwindung. Die Rinde wurde in Mitleidenschaft gezogen; Verwirrtheitszustände, dann rechtsseitige epileptiforme Anfälle. Durch Trepanation wurde Eiter und Gehirnsubstanz entfernt. Die Infektion ging zurück, und wider Erwarten nahm die Rinde ihre normale Funktion wieder auf, obwohl ein Teil der zweiten Stirnwindung zerstört war und sich durch die Dränage entleert hatte. Weder die Narbenbildung nach dem Abszeß noch die Gegenwart eines Projektils in der Stirnwindung zeigten irgendeine beeinträchtigende Wirkung auf die Intelligenz des Kranken. Mit dem Ablauf der Infektion kam auch der Depressionszustand zur Heilung.

Ziveri (491) beschreibt einen Fall von akutem Delirium, den er bei einem 21jährigen ledigen Bauer bemerkte.

Die Krankheit verlief ungefähr innerhalb anderhalb Monat, ohne viszerale Alterationen und ohne Temperatursteigerung. Erst in den letzten Tagen stellten sich infektiöse Phänomene ein.

Die Leber und die Nieren zeigten nur akute Läsionen, welche den letzten Krankheitsphänomenen sekundär waren (fettige Degeneration usw.). Im Nervensystem: akute Erkrankung der Nervenzellen der Hirnrinde, Auftreten von Lipoiden in verschiedenen Zellen, Vermehrung der Gliakerne um die Nervenzellen und um die Gefäßwände; die Astroziten zeigen Lipoiden. Die Gefäße sind stark hyperämisch und stellenweise von Lipoiden umgeben.

Das Bild des akuten Deliriums ist mehr symptomatisch als histologisch. (*Audenino.*)

Bei zwei Kranken wurden von **Ciccarelli** (87 a) psychische Störungen beobachtet, welche parallel mit einer Neuralgie — supraorbitale und temporale Neuralgie bei dem einen, Ischialgie beim anderen — verliefen. Verf. schließt aus, daß es sich um den Symptomenkomplex der Epilepsie handle, und setzt die psychischen Störungen in engere Beziehung zu dem Nervenleiden, womit er die Annahme von Mingazzini und Pacetti unterstützt, welche letztere die Existenz von reinen neuralgischen Psychosen aufrecht erhalten wollen. (*Audenino.*)

Mit diesen kurzen Betrachtungen will **Valtorta** (460 a) die Eigentümlichkeiten des Gesanges bei den verschiedenen Geisteskrankheiten analysieren und für die Diagnose und Prognose der Psychopathie im einzelnen Falle verwerten. (*Audenino.*)

Lojacono (285) beschreibt einige nervöse Störungen, welche ein neurasthenisches Mädchen bzw. einen 60jährigen, dem Alkohol ergebenen Mann betreffen (siehe die Arbeit von D'Abundo über den gleichen Gegenstand. — Riv. Ital. di Neur. usw.; Oktober 1911). (*Audenino.*)

Powers (360) berichtet über 4 in der Charité beobachtete Fälle von Dämmerzuständen, die im Anschluß an psychische Erregungen aufgetreten waren. Während der Dämmerzustand in einem Falle auf epileptischer, in einem anderen auf hysterischer Basis entstanden war, in einem dritten bei bestehender hysterischer Disposition ein alkoholischer Exzeß den Ausschlag gegeben hatte, war in einem vierten Falle außer einem schweren psychischen Trauma kein ätiologischer Faktor nachweisbar. Der aus gesunder Familie stammende, bisher völlig gesunde, nicht nervöse, nüchterne Patient war



plötzlich erkrankt, als er die furchtbare Beobachtung hatte machen müssen, daß ein Mann, wie er glaubte, durch seine Schuld einen offenbar tödlichen Unfall erlitten hatte. Verf. ist auf Grund dieser Beobachtung der Ansicht, daß Dämmerzustände nicht notwendigerweise auf hysterischer, epileptischer, traumatischer oder alkoholischer Basis entstehen, sondern, wenn auch sehr selten, lediglich die Folge psychischer Chokwirkung sind.

Näcke (322) berichtet über eigene Fieberphantasmen im Wachen; diese entstanden aus entoptischen Phänomenen, die durch den Druck der geschlossenen Augenlider auf den Augapfel erzeugt wurden. Allerdings ist noch eine erhöhte Empfindlichkeit der Netzhaut anzunehmen und eine erhöhte Reizbarkeit der optischen Sinnessphäre, wahrscheinlich auch eine erhöhte Phantasie mit schnellerem Assoziationsablauf. Doch entwickelten sich die Bilder aus entoptischen hellen Flecken nur bei Anspannung der Aufmerksamkeit. Die Bilder wanderten, projiziert auf eine gerade, senkrecht stehende Fläche von rechts nach links, was wohl eine Wirkung der nie ruhenden geraden Augenmuskeln ist. Der Wille oder der Wunsch vermochte kein bestimmtes Bild zu erzwingen oder abzuändern. Es handelt sich also eigentlich bloß um Illusionen, sie unterschieden sich aber dadurch von diesen, daß die Phantasmen nur aus vagen formlosen entoptischen Phänomenen entstanden. (*Frankfurther.*)

Schultze (409) teilt die Lebensgeschichte eines Beamten mit, der im Alter von 30 Jahren plötzlich eine Fahrt nach Paris unternommen hatte und dort 7 Wochen geblieben war, ohne von dem größten Teile dieses Aufenthaltes etwas zu wissen. Diese Reise wird aufgefaßt als krankhafte Reaktion auf eine immer erheblicher gewordene, beruflich bedingte Erschöpfung bei einem Psychastheniker. Zwei merkwürdige Erscheinungen verdienen besonders erwähnt zu werden: Vor dem einen Ohr bestand eine psychogene Hörstörung in dem Sinne, daß bestimmte Töne nur in einem scharf begrenzten Raume vor diesem Ohr gehört werden konnten. Außerdem hatte der Patient Synästhesien, indem durch Töne bei ihm Geschmacksempfindungen und durch diese wieder Farbenemfindungen ausgelöst wurden. Dabei war das Geschmacksphotisma zuerst aufgetreten, und erst später wurden die sekundären Empfindungen nach akustischen Reizen wahrgenommen. Es ist immerhin möglich, daß die tertiären Empfindungen auf eine vielleicht unbewußte und wohl kaum beabsichtigte Kombination des zeitlich zuerst aufgetretenen Geschmacksphotisma mit den später hinzugekommenen sekundären Geschmacksempfindungen nach primärem akustischem Reiz zurückzuführen sind. (*Frankfurther.*)

Stier (434) macht Mitteilung über einen Knaben von 12 Jahren, der mit 10 Jahren plötzlich anfing fortzulaufen und sich herumzutreiben. Ein Zusammenhang mit Epilepsie wird abgelehnt, da sonst keinerlei Anzeichen dafür sprachen, und das Krankheitsbild den psychopathischen Konstitutionen zugerechnet. Bemerkenswert war, daß vier weitere, ältere Geschwister denselben Trieb zeigten oder gezeigt hatten. Ferner hatte sich dasselbe beim Bruder und bei der Mutter der Mutter gezeigt. Bei allen befallenen Familienmitgliedern hatte sich der Wandertrieb auf bestimmte Jahre, auf die spätere Kindheit und die Pubertät beschränkt. Dieser Vorgang ist wohl gesetzmäßig. (*Frankfurther.*)

Fröderström (159) berichtet über eine Kranke, die, aus einfachen ländlichen Verhältnissen stammend, als Kind normal war, im 14. Lebensjahre mit Klagen über Zahnschmerzen und Gefühl von Unwohlsein erkrankte, als sie von der Schule nach Hause kam. Sie legte sich ins Bett und blieb seitdem 32 Jahre bettlägerig. Ob damals die Menses bereits eingetreten



waren, wußten die Angehörigen nicht. Sie bot während dieses ganzen Zeitraumes einen Zustand von Stupidität. sprach nicht, war unempfindlich für Nadelstiche, nahm nur flüssige Nahrung zu sich, wenn sie dazu aufgefordert wurde (diese Feststellungen wurden etwa 10 Jahre nach Beginn der Krankheit während eines vorübergehenden Aufenthalts im Krankenhause gemacht, aus dem man die Patientin als ungeeignet für die Behandlung sehr bald wieder nach Hause schickte). Drei- oder viermal während des ganzen Zeitraumes soll sie von selbst aufgestanden und mit kleinen Schritten im Zimmer herumgehüpft sein, dreimal einige Worte gesprochen haben („süßer Jesus, habe Mitleid mit mir"), sonst lag sie im Bett, die Decke über dem Kopf. Sie nahm täglich lediglich einige Glas Milch zu sich; ob sie während der ganzen Zeit Stuhlgang gehabt habe (?), wußten die Angehörigen nicht. Jeden Abend Urinentleerung, oft nur wenige Tropfen. Wenn die Mutter sie gelegentlich aus dem Bette nahm, faßte sie nur wenig Fuß, hielt die Augen geschlossen. Beim Tode der Mutter, nach 30 Jahren, heftiges Weinen, sonst keine Veränderung. Als 2 Jahre später der Bruder sich ertränkte, wiederum ein heftiger Weinkrampf, sonst keine Gefühlsäußerungen. Nach dem Bericht einer in den letzten Jahren angenommenen Pflegerin lag die Kranke unbeweglich im Bett, kümmerte sich um niemanden. Beim Wäschewechsel sah man niemals Spuren von Stuhlgang oder Menstruation. Fingernägel von normaler Länge, Haut normal ohne Abschuppung. Patientin nahm weder Brot noch Kuchen, wohl aber Bonbons, welche man ihr auf das Bett gelegt hatte, jedoch nur, wenn sie sich unbeobachtet glaubte. Sie sprach nicht, weinte oder seufzte gelegentlich. Die Pflegerin mußte die Kranke oft allein lassen und fand bei ihrer Rückkehr häufig Gegenstände im Zimmer verstellt und etwa vorhandene Eßwaren vermindert. Beim Erwachen aus dem Stupor weinte die Patientin heftig, fragte nach ihrer Mutter, erkannte ihre Brüder nicht („die waren ganz klein"), wunderte sich dagegen nicht über die Anwesenheit der Pflegerin. War stark abgemagert, Haut transparent, lichtempfindlich, in ihren Äußerungen und Bewegungen gehemmt, guter Appetit, normale Stühle. Sie zeigte sich über alles orientiert bis zum Beginn der Krankheit, von dieser selbst wußte sie nichts. Nach 14 Tagen nahm sie an den Hausarbeiten teil, ihre Intelligenz erschien normal, nach einigen Monaten hatte sie sich ganz dem Haushalt eingefügt. Der nunmehr sie explorierende Arzt fand körperlich nichts Abnormes, sie wußte über alles bis zum Beginn der Krankheit gut Bescheid. Über diese letztere befragt, wurde sie zurückhaltender und unbestimmt in ihren Antworten, wußte über die Zeit ihrer Krankheit nur das anzugeben, was man ihr später darüber erzählt hatte. Ihre Rückkehr zum normalen Zustande muß ganz plötzlich erfolgt sein. Sie ist seither (4 Jahre) normal geblieben.

Es handelt sich um einen Zustand von katatonischem Stupor, jedoch allem Anschein nach ohne Halluzinationen, ohne motorische Reizerscheinungen, Stereotypien, Muskelrigidität, Grimmassieren usw. Auffallend war andererseits eine gewisse Neigung zur Simulation (Verheimlichung von Nahrungsaufnahme, Stuhlgang usw.). Möglicherweise trug deren seit dem Eintritt der Pflegerin erschwerte Durchführung dazu bei, den Selbsterhaltungstrieb mehr aufkommen zu lassen zu einer Zeit, wo der den Stupor bedingende pathologische Prozeß in der Rückbildung begriffen war.

Verf. zieht einen ähnlichen Fall von **Gadelius** zum Vergleich heran. Zu bemerken ist, daß die Krankheit die ganze Periode der Sexualtätigkeit umfaßt (vom 14. bis 17. Jahre). Der Gedanke liegt nahe, daß sie durch Anomalien der innereren Sekretion veranlaßt worden war, durch eine Auto-



intoxikation, die unter dem Einfluß der aktiven Sexualorgane stattfand und aufhörte, als diese ihre Tätigkeit einstellten.

Greker (182) fand eine erhöhte Reaktion der Katatoniker auf Hautreize und schwache elektrische Ströme. Die Untersuchung der assoziativ-motorischen Reflexe bei Katatonikern wurde nach der Bechterewschen Methode gemacht. (*Kron.*)

Hart (197) berichtet über einen Fall von Verdoppelung der Persönlichkeit. Ein 28jähriger Schreiber, der wegen eines hysterischen Dämmerzustandes in Anstaltsbehandlung gekommen war, wurde vom Verf. psychoanalytisch behandelt. Die andere Persönlichkeit (Verf. bezeichnet sie als „one fifth-man", was zum Ausdruck bringen soll, daß der Patient niemals als ein Ganzes, sondern entweder als $^1/_5$ oder $^4/_5$ seiner Persönlichkeit auftrat) erschien auf der Bildfläche, als verdrängte Komplexe bewußt gemacht werden sollten; sie verkörperte gewissermaßen den Widerstand, den das Unbewußte den Aufdeckungsbestrebungen des Arztes entgegenstellte, und ließ sich daher leicht zitieren, indem ein „wunder Punkt" berührt wurde. Interessant ist, daß dieses alter ego sich in der Tat feindlich zu dem Verf. stellte, während der „$^4/_5$-Mann" stets ein liebenswürdiges Entgegenkommen zeigte. Charakteristisch ist ein Brief, den der Patient in dem krankhaften Bewußtseinszustand an den Verf. geschrieben hat, in dem es unter anderem heißt: „Die Patienten hier sind zu dumm, um Ihre Dummheit zu erkennen. Sie sollten sich lediglich Imbeziller annehmen. Geistig Gesunde würden Sie nicht ertragen." Demgegenüber äußerte sich der „$^4/_5$-Mann" schriftlich: „Während aller meiner Unterredungen mit Dr. Hart war mein Verhalten stets das äußerster Herzlichkeit. Der Unsinn, der in obigem Briefe niedergeschrieben ist, enthält Ideen, die meiner selbst unwürdig sind." Nachdem es gelungen war, die verdrängten Komplexe bewußt zu machen, verschwand der „$^1/_5$-Mann" gänzlich von der Bildfläche, was Verf. als ein Zeichen dafür betrachtet, daß er in der Tat ein psychologisches Kunstprodukt darstellte.

Der von **Crocq** (105) beschriebene Kranke bietet einen Schlaf- und einen Wachzustand. In beiden spricht, geht und handelt er normal, erinnert sich aber in dem einen Zustand nicht, was während des anderen vorgefallen ist, sondern nur an die Ereignisse des gleichen Zustandes. Unabhängig von diesen Erscheinungen einer doppelten Persönlichkeit besteht nächtlicher Somnambulismus, in dem der Kranke Dinge tut, an die er keine Erinnerung bewahrt, außerdem leidet er an plötzlichem Hinstürzen unter Verlust des Bewußtseins ohne Aura, ohne Rücksicht auf Verletzungen; kein Schrei, keine Inkontinenz, kein Krampf; kurze Dauer, keine Erinnerung an den Anfall. Vollkommene Heilung durch Psychotherapie (hypnotische Suggestion).

Löwy (286): Der Beachtungswahn, die Vorahnungen, der halluzinierte Namensanruf gehören zu den „Unruheerscheinungen". Im Rahmen der toxisch und traumatisch ausgelösten akuten und subakuten „Hirnschädigungssyndrome" und der chronischen „Hirnprozesse" (Demenzprozesse) entsprechen die Unruheerscheinungen meist einem mittleren Grade einsetzender, und zwar häufig plötzlich einsetzender „Hirnschädigung". — Sehr interessante Zitate, z. T. aus der allgemeinen, modernen Literatur. (*Sossinka.*)

Löwy (287): 1. Unruhe, als rein subjektiver Zustand oder auch objektiv kenntlich (durch motorische, sprachliche und assoziative Mehrbetätigung ohne hinreichenden psychischen Wert, aber deutlich psychogener Herkunft), ist sehr verbreitet. Vorübergehend oder dauernd, als Einzelsympton oder zu geschlossenen Unruhezuständen mit reich gegliederter Symptomatologie ausgestaltet, also zu „Unruhebildern" verdichtet, finden wir die Unruhe vor



allem im Gebiet der Psychosen. Sie stellt dort einen durchgehenden Grundzug — nicht selten von recht selbständiger Stellung und Bedeutung im Krankheitsbild — bei den verschiedenartigsten Psychosenformen dar. Sehr reichlich vertreten finden wir sie auch bei verschiedenartigen körperlichen Störungen.

2. Im Rahmen der körperlichen Störungen sticht die Unruhe besonders hervor bei fieberhaften und infektiösen Erkrankungen, bei Störungen des Kreislaufs, bei Vergiftungen, bei Magendarmstörungen, und zwar besonders bei solchen, welche mit Meteorismus (Auftreibung des Leibes, Zwerchfellhochstand usw.) einhergehen.

3. Die Hauptdomäne der Unruhe, besonders der schwereren Grade, sind die von mir so genannten akuten und subakuten „Hirnschädigungssyndrome", d. h. die toxischen und traumatischen Psychosen. Die Unruhe entspricht hier einem mittleren Grade (von) der Hirnschädigung.

4. Auch im Rahmen der Demenzpsychosen kommen solche Hirnschädigungssyndrome als akute oder subakute Schäden des Demenzprozesses, d. i. des Hirndestruktionsprozesses, vor. Sonst kommt noch hier die Unruhe der Demenzpsychosen in Frage: ein Hemmungswegfall, erzeugt durch den Urteilsmangel, den Verlust der Konzentrationsfähigkeit, durch die Unfähigkeit zur Reflexion über die Lage, zur Selbstbeherrschung usw.

5. Ein Hemmungswegfall feinerer Art: der Wegfall oder Mangel retardierender oder regulierender Einflüsse seitens kontrastierender und konkurrierender Vorstellungen und Gefühle spielt vielleicht eine Rolle: bei der Unruhe der angeborenen psychotischen Konstitutionen und der Unruhe der aus leichtester schleichender Hirnschädigung „erworbenen" psychotischen Konstitutionen im Beginne von Demenzprozessen und bei chronischen Intoxikationen, der konstitutionellen Psychosen und der Begleitpsychosen (d. i. der „Reaktionen" und „Entwicklungen", angeborener resp. erworbener psychotischer Konstitutionen). Entsprechend ihrer Genese ist die Unruhe solcher Zustandsbilder überwiegend subjektiv, ev. mit leichter motorischer Erregung kombiniert.

6. Das Zustandsbild der inneren unbestimmten Unruhe entspringt ferner gelegentlich einer leichtesten toxischen Hirnschädigung (so z. B. dort, wo sie als Einleitung von Fieberdelirien vorkommt und zu mittleren Graden mit gröberer Unruhe fortschreitet). Sehr häufig wird das Zustandsbild der inneren Unruhe erzeugt durch direkt bewußten Affekteinfluß und sehr häufig durch körperliche Störungen. In der Regel bewirken die körperlichen Störungen ihre begleitende innere Unruhe auf einfacherem Wege. Die körperlichen Störungen bewirken bewußte Empfindungen, Sensationen, z. B. Beklommenheit usw., wie sie sonst durch den Unruheaffekt entstehen und daher mit ihm innig assoziiert sind. Auf „retrograd assoziativem" Wege wird der Unruheaffekt dort, wo er selber nicht die Ursache ist, als Folgeerscheinung zu seinem Verbandsgenossen hinzuassoziiert. Sind z. B. auf anderem Wege als durch den Unruheaffekt, nämlich durch Herzaffektionen, durch Magenstörungen, durch Zwerchfellhochstand, Aufblähung des Leibes, Plethora abdominalis usw. die „Unruhesensationen" der Beklommenheit, des Drucks im Magen usw. gegeben, so entsteht retrograd assoziativ eine psychisch nicht motivierte innere objektlose Unruhe.

7. Es gibt keine spezifische, nur auf eine körperliche Grundkrankheit beschränkte Psychose: keine Kreislaufpsychose, Koprostasenpsychose, Magenpsychose, Meteorismuspsychose. Es gibt auch kein „spezifisches" Unruhebild für den Meteorismus. Die Unruhezustände jedoch, welche ich bei Meteoristischen im engen Anschluß an den Meteorismus beobachten konnte,

ohne daß sie selbst etwa die Ursache des Meteorismus waren, gehörten in das Bild der inneren unbestimmten Unruhe.

8. Alle für die Entstehung der unbestimmten inneren Unruhe wirksamen Entstehungswege kommen auch für die Auslösung der inneren Unruhe durch den Meteorismus in Betracht. Der Meteorismus könnte seine Unruhe liefern einmal durch die Erzeugung leichtester Hirnschädigung infolge toxischer oder fluxionärer Beeinflussung der Hirnelemente. Der Meteorismus kann aber auch Veränderungen der Gemeinempfindung ad peius und so Unruhe und Druckablaufstörungen reflektierter Genese (letztere durch Veränderungen im unbemerkten „fringe" der Gedanken) erzeugen. Ihrer ganzen Erscheinungsweise nach entspringt die meteoristische Unruhe aber am häufigsten körperlichen bewußten Sensationen der Beklommenheit, der Enge, des Drucks im Leibe. Solche Sensationen werden im allgemeinen durch das Gefühl unbestimmter Unruhe ausgelöst, gehen mit ihm einher und werden mit ihm im Bewußtsein assoziiert. Sind sie aber durch die Aufblähung des Leibes, durch den Zwerchfellhochstand usw. und nicht durch den Unruheaffekt gegeben, so erwecken diese Sensationen, einem allgemeinen psychischen Gesetze folgend, nun in retrograder Assoziation ihrerseits das Gefühl der unbestimmten Unruhe und dessen psychische Folgeerscheinungen (halluzinierten Namensanruf, Eigenbeziehung usw.) bei den Meteoristischen. Ob diese letztere naheliegendste und häufigste Entstehungsart allein vorkommt, oder ob und in welchem Grade noch die anderen Entstehungsursachen der Unruhe bei dem einzelnen Falle mitwirken müssen, ist zurzeit nicht zu entscheiden. (*Sossinka.*)

Es handelt sich nach **Lemos** (272) um einen Epileptiker mit linksseitigen Gehörshalluzinationen und doppelseitiger Schwerhörigkeit; diese zeigt einen höheren Grad auf der den Sinnestäuschungen entsprechenden Seite. Den Anfällen gehen stunden- oder tagelang ausschließlich linksseitige Sinnestäuschungen vorauf: Patient hört die beiden stereotypen Sätze — als ob sie von seiner Mutter kämen — „es ist nichts, mein Sohn", „Du auch, mein Sohn." Auch isoliert kommen diese Sinnestäuschungen gelegentlich vor, und auch dann immer nur linksseitig, so daß der Kranke selbst sich darüber wundert, daß er die falschen Stimmen nicht auch wie die wirklichen auf beiden Ohren vernehme. Der Kranke ging in einem Anfall zugrunde. Die Sektion ergab einen Erweichungsherd im rechten Schläfenlappen, der die äußere Schicht aller drei Schläfenwindungen umfaßte.

Die Schwerhörigkeit erklärt sich durch diesen Herd nach den Untersuchungen von Luciani und Tamburini. Auch die Gehörstäuschungen sind auf den Erweichungsherd zurückzuführen, der, von einer Entzündungszone umgeben, durch Vermittlung der Kommissurenfasern auf das linke kortikale Hörzentrum einen Reiz ausübt. Die Schwerhörigkeit stellt somit ein direktes, die Sinnestäuschungen ein indirektes Symptom dar. Verf. unterwirft dann das Symptom der einseitigen Halluzinationen einer ausführlichen Besprechung an der Hand der Brennerschen galvanischen Erregungsversuche und bringt seine Beobachtungen mit den Ergebnissen der letzteren in Einklang: Der Herd im rechten Schläfenlappen übte mittels der Kommissurenfasern auf das Hörzentrum im linken Schläfenlappen einen Reiz aus und ruft dadurch die Stimmen hervor. Infolge dieser lokalen linksseitigen Reizung mußte der Kranke die Stimmen in seinem linken Ohr hören. Diese im linken Ohr gehörten Stimmen mußten auch durch das linke Ohr — durch einen psychischen Akt der Überlegung und gewohnheitsmäßig — exteriorisiert werden, als ob es sich um eine gewöhnliche normale Gehörsempfindung handelte, von der indessen ausschließlich das linke Ohr



getroffen war. Der Kranke glaubte, „par un phénomène de retour sur la conscience, qui provoquait une association automatique subconsciente," seine Stimme nur vermittels des linken Ohres zu hören. Der Patient gelangte also schließlich auf indirektem Wege unter Mitwirkung eines psychischen Aktes zu diesen Halluzinationen, deren Einseitigkeit durch die Erregung des linken temporalen Rindenzentrums verursacht war und der halbseitigen Tätigkeit des Sinnesapparates ihren Ursprung verdankte.

v. Nießl-Mayendorf (324) meint, die Restituierbarkeit aphasisch-asymbolischer Symptome liege in der Möglichkeit eines allmählichen Eingeübtwerdens der korrespondierenden rechtshemisphärischen Rindenfelder. Doch ist solch ein Vertreten nur dort möglich, wo auch anatomische Bahnen vorhanden sind, die allerdings bei verschiedenen Individuen verschieden gute Bahnung zeigen können. Damit fällt die Notwendigkeit fort, die Diaschisis als Erklärung für eine Anzahl Erscheinungen anzunehmen. Trotz der Restitution ist die Funktion eines zerstörten Großhirnbezirks als dauernd verloren zu betrachten, denn sie liegt eben in der korrespondierenden Rindenpartie der andern Hemisphäre ein zweites Mal bereit. Faßt man „Vorstellung" als Residuen einer einzelnen Wahrnehmung, als Wiederholung einer Erregung bestimmter Zellindividuen, so ist sie sehr wohl lokalisierbar. Diese einzelnen Vorstellungen sind auch, wie pathologische Erfahrungen bewiesen haben, von dem gesamten Bewußtsein unabhängig. Damit werden den Fokalgebieten sehr bestimmte Funktionen zugesprochen, und sie werden funktionell von der übrigen Rinde getrennt. Die stummen Hirnteile sind nicht direkt mit der Peripherie verbunden. Jeder Sinneseindruck erzeugt an der Peripherie und in der kortikalen Endstation der Sinnesleitung eine Erweiterung der Blutgefäße, und dieser Zustand muß im Bewußtsein ein psychisches Korrelat haben, das wohl als Aufmerksamkeit psychologisch aufzufassen ist. Außer diesen zirkumskripten Rindenfeldern entbehrt die übrige Hirnrindenfläche jeder funktionellen Beziehung zu einem Sinne. Die Oxydationsprozesse der Rindenganglien in diesen stummen Hirnteilen spiegeln sich im Bewußtsein als Gefühle wieder, wofür mannigfache Gründe angeführt werden. Die nächste pathologische Voraussetzung für das Entstehen einer Wahnidee liegt in einer krankhaften Übertreibung eines bereits physiologisch vorhandenen, funktionellen Antagonismus zwischen den kortikalen Sinnessphären und der stummen Hirnrinde, die sich vielleicht auf vasomotorische Einflüsse zurückführen läßt. (*Frankfurther.*)

Bertschinger (37) teilt die Krankengeschichte einer Hysterischen mit, die im hypnoiden Zustande ihre Halluzinationen zeichnete. Die psychoanalytische Deutung der phantastischen Erlebnisse und Halluzinationen kann nicht im einzelnen referiert werden. (*Frankfurther.*)

Eskuchen (139) hat zum Gegenstande seiner bemerkenswerten Dissertation einen Fall von halbseitigen Gesichtshalluzinationen gemacht.

Es handelt sich um einen 46jährigen Epileptiker, der schon 10 Jahre vorher anfallsweise Lichterscheinungen mit anderen nervösen Symptomen hatte und im April 1909 nach anfänglichem Flimmern im rechten Auge allmählich heftige Lichterscheinungen, Orientierungs- und Sprachstörung, Krampfanfälle bekam. Er hatte anfangs Mai 1909 Somnolenz, sensorische Aphasie, Agraphie, rechtsseitige homonyme Hemianopsie, rechtsseitige Halluzinationen (Gesicht und Gehör) und zwar nach anfänglichen Lichterscheinungen in Form von Gestalten und Gegenständen. Rückgang aller Störungen, auch der rechtsseitigen Hemianopsie innerhalb kurzer Zeit.

Eskuchen kommt auf Grund seiner Betrachtungen zu dem Schluß, daß nur ein indirekter Zusammenhang zwischen halbseitigen Halluzinationen

und Hemianopsie besteht und die halbseitigen Halluzinationen in der Rinde des entgegengesetzten Okzipitallappens entstehen. In dem mitgeteilten Falle hat die Annahme einer Thrombose verschiedener Äste der Art. cerebr. post. die meiste Wahrscheinlichkeit. (*Bendix.*)

Rorschach (384) hat die Erfahrung gemacht, daß besonders optische Eindrücke, und unter diesen vorzugsweise solche, die geeignet sind, als Symbole verwendet zu werden, Reflexhalluzinationen auslösen. Diese interessante Tatsache wird an mehreren Beispielen erhärtet. Auch im Leben der normalen Psyche sind reflexhalluzinatorische Erscheinungen nichts Seltenes (Mitempfindungen beobachteter Bewegungen, „Damoklesschwertempfindungen", ästhetische Synästhesien usw.). Verf. verweist auf Mourly Vold, der die Wichtigkeit der „kutan-motorischen" Empfindungen für die optischen Bilder des Traumes experimentell nachgewiesen hat. Die Voldsche Traumbetrachtung bildet nur eine Ergänzung der Freudschen. Die „Momente" Volds kommen dadurch zur Manifestierung, daß eine ihrer Qualitäten, vor allem Bewegungsmotive und optische Ähnlichkeit, von einer analogen Qualität einer zufließenden realen Empfindung zu sinnlicher Erregung gebracht wird und dann auch die anderen mit ihr verknüpften Qualitäten zur Wahrnehmung bringt. „Die Voldschen Momente sind ein Teil des Baumaterials, die Symbole die Arbeiter, die Komplexe die Bauführer, die Traumpsyche der Baumeister des Gebäudes, das wir Traum nennen." Verf. weist darauf hin, daß die Stelle, an die die reflexhalluzinatorische Empfindung lokalisiert wird, vor allem durch die affektbetonten Komplexe bedingt ist. Häufig läßt sich ein somatisches Entgegenkommen nachweisen, wie an prägnanten Beispielen gezeigt wird.

Ausgehend von einem Fall von leichter Dementia senilis, der durch isolierte Geruchshalluzinationen ausgezeichnet war, bespricht **Kutzinski** (257) die einschlägige Literatur und kommt zu dem Resultat, daß halluzinatorische Reizsymptome des Geruchssinns ihren Sitz in den Zentren (Gyrus hippocampi, Uncus und wohl auch des Ammonshorns) haben; Ausfallserscheinungen können durch Affektionen des Bulbus und Tractus olfactorius oder durch Zerstörung der Zentren hervorgerufen werden.

Der Fall von **Grzywo-Dąbrowski** (184) betrifft eine 32jährige unverheiratete, erblich belastete Arbeiterin, die mit 21 Jahren im Verlaufe einer fieberhaften Erkrankung an „Visionen" während zweier Wochen gelitten hat. Zu dieser Erscheinung nahm sie eine kritische Stellung ein. Seit $1^1/_2$—2 Jahren beobachtet Patientin bei sich selbst folgendes: wenn sie die Augen zum Schlafen schließt, erscheinen vor ihrem inneren Auge Bilder von belanglosem Inhalt; die Bilder befinden sich in steter Bewegung und wechseln immerfort, manchmal kommt dieselbe Erscheinung auch am Tage beim Lidschluß vor. Die Kranke beurteilt die Bilder kritisch, hält sie für etwas Fremdartiges und empfindet sie in peinlicher Weise. Die Bilder stehen in keinerlei Verbindung mit dem gegenwärtigen Leben der Patientin, sind aber trotzdem sehr deutlich und wiederholen sich immer seit ungefähr zwei Jahren in derselben Form. Verf. hält die Visionen für die Pseudohalluzinationen mit hypnagogischer Unterlage, ohne dabei den Fall in eine besondere klinische Einheit zu rubrizieren. Ätiologisch käme die psychische Erschöpfung in Betracht. Nach $2^1/_2$ monatiger Ruhe, guter Ernährung und kräftigenden Mitteln hat sich der Allgemeinzustand der Patientin gehoben, und gleichzeitig gingen auch die Pseudohalluzinationen fast gänzlich zurück. (*Sterling.*)

Klieneberger (240) Kasuistik. Als diagnostisch wichtig wird bezeichnet, daß man sich auch bei isoliert erscheinenden Halluzinationen nicht mit dem



Feststellen etwaiger peripherer Erkrankungen begnügt, sondern daß man auch nach anderweitigen krankhaften Störungen forscht. (*Sossinka.*)

An einem Material von 22 Fällen studierte **Heilbronner** (200) die Stellung von Zwangsvorstellungen im Rahmen von Psychosen. Alle Fälle mit Ausnahme von einem, der temporär einen paranoiden Eindruck machte, aber ebenfalls unerwartet schnell zur Heilung kam, waren Depressionszustände. Nur in einem Falle war nach Ansicht Heilbronners mit der Möglichkeit zu rechnen, daß sich der übrige krankhafte Zustand aus Zwangsvorstellungen entwickelt habe. Er glaubt nicht an eine besondere Veranlagung zu Zwangsvorstellungen, nimmt vielmehr an, daß auch die Zwangserscheinungen gleich anderen psychopathologischen Phänomenen „unter uns leider zum allergrößten Teil noch absolut unbekannten Bedingungen" auftreten, daß sie sich darum auch mit anderen Symptomen, mit Vorliebe aus der Gruppe der depressiven Störungen kombinieren können. Unter den vom Verf. mitgeteilten Fällen sind mehrere, bei denen man entgegen seiner Ansicht die Zwangsvorstellung als das primäre und die Depression als das sekundäre Moment ansehen muß. Einige von ihnen schreien förmlich nach Psychoanalyse. Es ist sehr bedauerlich, daß die Abneigung gegen die Auswüchse der Freudschen Schule so viele Ärzte veranlaßt, das Gute, das sie geleistet hat, zu ignorieren. Gerade auf dem Gebiete der Zwangsvorstellungen haben die Erfahrungen der Psychoanalytiker die Erkenntnis außerordentlich gefördert. Die Behauptung, daß uns ihre Entstehungsbedingungen noch völlig unbekannt seien, wird man daher nicht unwidersprochen lassen dürfen.

Rohde (382): Die Phobien und Zwangsvorstellungen spielen sich — abgesehen von Übergangsfällen — auf verschiedenen Gebieten ab, letztere speziell im Gebiete der Vorstellungen und ihrer Intensität, die die an sich zahlreich vorhandenen berechtigten Urteilsassoziationen keinen Einfluß auf das Handeln gewinnen lassen; erstere, die Phobien, dagegen spielen sich rein oder vorwiegend auf affektivem Gebiet ab, und da jeder Affekt das Denken erschwert, werden Urteilsassoziationen im Momente der Angst verdeckt. (*Sossinka.*)

Toulouse und **Mignard** (446) illustrieren ihre 1911 veröffentlichten Untersuchungsmethoden zur Beurteilung der „Autokonduktion" durch 4 Beispiele, die ausführlich analysiert werden: 1. Fall von Verwirrtheit, 2. Fall von Demenz, 3. Wahrscheinlicher Demenz mit anscheinender Verwirrtheit, 4. Verwirrtheit mit anscheinender Demenz. Die Vorteile der Methode gehen aus den Darstellungen klar hervor, besonders auch vom psychologischen Standpunkte aus, insofern sie das wirkliche und oft unabhängige Vorkommen einer Störung der Autokonduktion nachzuweisen vermag; sie gibt uns die Möglichkeit, diese Störnng von den anderen Krankheitserscheinungen isoliert darzustellen. Auch der praktische differentialdiagnostische Wert ist nicht zu verkennen, und die Anwendung der Methode bietet keine besonderen Schwierigkeiten.

Unter dem Namen „Dyspsychie" faßt **Dide** (120) eine Gruppe von psychopathischen Zuständen zusammen und zwar lediglich vom klinischen Gesichtspunkte aus. Diese charakterisieren sich wie folgt: das Urteil und die Kritik sind beeinträchtigt, wobei es zu krankhaften Interpretationen und illusionären Auslegungen kommen kann. Die bewußte Aufmerksamkeit ist gewöhnlich vermindert, die automatische je nach Lage des Falles erhöht oder vermindert. Die Anomalie der Ideenverknüpfung hängt zum großen Teil von der verminderten bewußten Aufmerksamkeit ab. Halluzinationen sind höchstens von episodischer, Modifikationen der Gefühlslage von wesentlicher Bedeutung. Die Dyspsychien treten zumeist transitorisch



auf, jedoch kommt es in der Regel zu Rezidiven oder zum Übergang in verwandte Zustände usw. Bei chronischen Zuständen werden gewöhnlich Exazerbationen und Remissionen beobachtet, niemals kommt es zu Verwirrtheitszuständen. Intelligenz und Gedächtnis sind selbst bei langer Dauer im wesentlichen erhalten.

Verf. bespricht dann elementare, ferner rezidivierende, intermittierende oder alternierende Dyspsychien und endlich gemischte Formen und unterzieht die einzelnen psychopathischen Zustände, bei denen sie beobachtet werden, einer kurzen Betrachtung (falsche oder krankhafte Interpretationen, Zwangsvorstellungen, Manie, Melancholie, Psychasthenie).

Ziehen (486): In seiner nunmehr zum Abschluß gelangenden Arbeit wird zunächst die nosologische Stellung der psychopathischen Konstitutionen besprochen. Vom symptomatisch-klinischen Standpunkte aus bilden die psychopathischen Konstitutionen eine einheitliche Gruppe, vom ätiologischen aus nicht. Vom symptomatischen Standpunkte aus betrachtet sind folgende allgemeine Merkmale für die psychopathischen Konstitutionen festzustellen:

1. die sehr ausgebreitete Beteiligung aller oder fast aller psychischer Prozesse („psychopathische Persönlichkeiten"), wenn auch bei manchen psychopathischen Konstitutionen bestimmte seelische Gebiete ganz vorzugsweise befallen sind;

2. der relativ leichte Grad der dauernden Störungen (Tendenz zu dieser oder jener Krankheitserscheinung, pathologische Reaktionsweise auf gewisse Einwirkungen);

3. der vorübergehende Charakter der schweren Symptome, wie Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen und Angstanfälle;

4. das Ausbleiben eines längeren Verlustes des Krankheitsbewußtseins;

5. die Häufigkeit neuropathischer Begleitsymptome („neuropathische" Konstitution);

6. der überwiegend chronische Charakter der meisten psychopathischen Konstitutionen;

auch die traumatische und toxische psychopathische Konstitution entwickelt sich unverhältnismäßig oft auf dem Boden einer endogenen Prädisposition.

Ziehen will auch die akuten und vorübergehenden Zustände von den psychopathischen Konstitutionen nicht ausschließen und spricht deshalb auch von einer choreatischen psychopathischen Konstitution. Auch die hysterische psychopathische Konstitution entwickelt sich oft akut und gelangt in vereinzelten Fällen relativ rasch zur Heilung.

Ziehen hält den Ausdruck „psychopathische Konstitution" für den adäquatesten. Der Name „psychopathische Minderwertigkeit" ist ganz unbrauchbar, schon weil er auch die Debilität, die gar nichts mit der psychopathischen Konstitution zu tun hat, einschließt, und weil viele Psychopathen durchaus nicht minderwertig sind. Auch die Bezeichnung „psychische Degeneration" ist unzweckmäßig. Degeneration sollte lediglich synonym mit schwerer erblicher Belastung und ihren Folgeerscheinungen gebraucht werden und nicht in dem viel allgemeineren Sinne „Abweichung" oder „Störung". „Psychopathie" ist äquivalent mit Psychose und wird bereits vielfach im anderen Sinne gebraucht.

Bei einer ätiologischen Einteilung ergeben sich:

1. Die degenerative psychopathische Konstitution.

2. Die toxischen psychopathischen Konstitutionen (alkoholistische, saturnine usw.).

3. Die autotoxischen psychopathischen Konstitutionen (namentlich die Basedowsche).



4. Die traumatische psychopathische Konstitution.
5. Die psychopathische Konstitution nach akuten Infektionskrankheiten.
6. Die psychopathische Konstitution durch Erschöpfung.

Falsch ist es, wenn man auch die psychischen Veränderungen der Hysterie, Neurasthenie, Epilepsie und Chorea minor in eine ätiologische Beziehung zu der entsprechenden Neurose bringen will, da die körperlichen und psychischen Symptome koordiniert sind und zusammen das Wesen der Krankheit ausmachen. Diese psychopathischen Konstitutionen sind also symptomatisch definiert und können als „neuropathische" Konstitutionen zusammengefaßt werden und gehören ätiologisch zu den degenerativen oder auch zu den traumatischen, toxischen usw.

Lediglich durch psychische Symptome ist eine andere Reihe von psychopathischen Konstitutionen vom symptomatischen Standpunkte aus charakterisiert, namentlich die hyperthymische, die depressive, die paranoide und die obsessive psychopathische Konstitution. Als Varietäten der besonders mannigfaltigen depressiven Form kann man unterscheiden:

a) die hypochondrisch-neurasthenische,
b) die depressiv-obsessive Form,
c) die Angstform (zu der die sogenannte Angstneurose vielfach gehört),
d) die rein depressive Form.

Praktisch wichtig und noch viel zu wenig berücksichtigt ist die paranoide psychopathische Konstitution, die nur zu einem kleinen Bruchteil schließlich der Paranoia verfällt. Von weiteren psychisch charakterisierten psychopathischen Konstitutionen ist noch die impulsive bemerkenswert, besonders jene Form, deren Impulsivität nichts anderes ist als der Ausdruck der abnormen Intensität oder Überwertigkeit einzelner Vorstellungen, die an sich inhaltlich oft gar nicht abnorm sind. Eine einzige Vorstellung beherrscht die Ideenassoziation und braucht dabei nicht etwa besonders stark gefühlsbetont zu sein. Um alle von überwertigen Vorstellungen abhängigen Zustände zusammenzufassen, schlägt Ziehen die Bezeichnung „phrenoleptische Vorstellungen, phrenoleptische Handlungen" usw. vor. Es gibt nun sowohl phrenoleptische (impulsive) Zustände vom Charakter einer voll entwickelten Psychose wie auch eine phrenoleptische bzw. impulsive psychopathische Konstitution, bei der man noch mehrere Unterformen unterscheiden kann:

a) die phrenoleptische,
b) die impulsive (erstere durch die Tendenz zu länger dauernden überwertigen Vorstellungen und entsprechendem Handeln, letztere durch die Tendenz zu überwertigen Momentvorstellungen und entsprechenden Momenthandlungen charakterisiert),
c) die obsessive psychopathische Konstitution.

Der Begriff des impulsiven Irreseins fällt somit fort. Bei den „Haltlosen" ist im Gegensatz zu der phrenoleptischen psychopathischen Konstitution die Unterwertigkeit oder Nivellierung der Vorstellungen der kardinale psychopathische Zug; der Haltlose hat keine Prinzipien, ist zu einer selbständigen Tätigkeit meistens unfähig, ist passiv und indolent. Dem „pathologischen Pedanten" fehlt die Differenzierung von Haupt- und Nebenvorstellungen vollständig. Bei den „krankhaften Phantasten, Lügnern und Schwindlern" besteht das Kardinalsystem in der Hyperphantasie, die sowohl zu allerhand Transformationen der normalen Erinnerungsbilder, als auch zu phantastischen Neuschöpfungen führt. Der „geborene Verbrecher" fußt bald in ethischer Verkümmerung durch mangelhafte Erziehung, bald in Debilität oder in einer der besprochenen psychopathischen Konstitutionen. Er bildet demnach keine besondere Form der psychopathischen Konstitution.



Auf dem Boden der psychopathischen Konstitution können nicht nur voll entwickelte Psychosen, sondern auch oft vorübergehende schwerere Störungen auftreten, besonders sind kurze delirante Anfälle keineswegs selten (bouffées délirantes oder délire transitoire der Franzosen).

Liepmann (283): Ein Vortrag, der auch den Fachgenossen zu rascher Orientierung sehr dienlich sein kann. Mit Recht weist Verf. darauf hin, daß der von Koch stammende Ausdruck „Minderwertigkeit" zwar den Vorteil besitzt, jede psychische Regelwidrigkeit, die noch nicht Geisteskrankheit ist, zusammenzufassen, andererseits aber leicht die Meinung erweckt, es handle sich bei der damit behafteten Person um einen im intellektuellen und ethischen Gesamtwert minderen Menschen. Daher ist die durch Ziehen in Aufnahme gekommene Bezeichnung „psychopathische Konstitution" vorzuziehen, insbesondere sollte man vor Gericht den Ausdruck „Minderwertigkeit" ganz vermeiden, der sowohl vom Richter wie besonders von den Geschworenen mißverstanden werden kann. Der Ausdruck „dégénéré" (ursprünglich hervorgegangen aus der berühmten Arbeit Morels) ist insofern ebenfalls nicht eindeutig als er für viele identisch mit „Hereditarier" ist, während andere den tatsächlichen Nachweis körperlicher oder geistiger Entartungszeichen zur Bedingung machen. Als eigentlich wertvoll betrachtet Verf. nur den engsten Begriff des Wortes „dégénéré" als Bezeichnung für eine bestimmte große Gruppe unter den angebornen Psychopathien, welche der Ziehenschen erblich-degenerativen psychopathischen Konstitution entspricht. Diese Gruppe wird einer eingehenden Besprechung unterzogen. Magnan rechnet auch die geistige Schwäche zur Psychopathie; nach der heute fast allgemein gültigen Auffassung ist indes bei dieser ein tief greifender Intelligenzdefekt nicht vorhanden. Die Fälle einer isolierten „moral insanity" (die Bezeichnung stammt von Prichard, der indes damit alle durch ihr assoziales Gebahren auffallenden nicht s. s. irre Kranken gemeint hat) sind selten, da fast immer weitere Züge der dégénérés nachzuweisen sind. Immerhin gibt es zweifellose Fälle, bei denen jedenfalls intellektuelle Mängel nicht nachzuweisen sind, und die dann den „geborenen Verbrecher" im engsten Sinne repräsentieren. In der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in dem neuen Strafgesetzentwurf sieht Verf. einen entschiedenen Fortschritt, so wenig er im übrigen die ungeheuren Schwierigkeiten in der Beurteilung und in der Behandlung der Psychopathen in foro verkennt. Öffentliche Heilerziehungsheime für psychopathisch veranlagte Kinder (Ziehen) heißt er willkommen, weil es immerhin gelingen mag, eine Reihe von Kindern vor einer Steigerung der Krankheit zu schützen. Das beste Prophylaktikum besteht darin, keine psychopathischen Kinder in die Welt zu setzen; gegenwärtig noch eine Utopie und doch ein in ferner Zukunft vielleicht erreichbares Ziel (? Ref.).

Nach **Ziehen** (487) muß sich die Untersuchung der psychisch Kranken im Prinzip den Laboratoriumsuntersuchungen anschließen. d. h. es muß eine experimentelle Untersuchung der einzelnen psychischen Prozesse mit Hilfe von Tests vorgenommen werden, unter künstlich hergestellten, vom Lebensgang des untersuchten unabhängigen gleichmäßigen Bedingungen. Am schwierigsten ist das für die Feststellung der Defektsymptome; und für diese Intelligenzprüfung wird eine ausführliche Methode angegeben, die sich nacheinander auf die Retention, die Bildung zusammengesetzter und allgemeiner Vorstellungen oder Begriffe, die Kombination und die affektive Reaktionsfähigkeit erstreckt. Alle Methoden sind einfach und ohne alle Apparatur anzuwenden. (*Frankfurther.*)

Knepler (244) untersuchte die in den letzten 11 Jahren aufgenommenen und ausgetretenen Patienten der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt



bei Basel auf ihre Heredität, wobei er die einzelnen Formen der Psychosen trennt. Die gesamte Belastung beträgt etwa 67 %, das weibliche Geschlecht ist häufiger belastet als das männliche, den höchsten Satz von 90 % weist die Psychopathie auf, dann folgen der Reihe nach manisch-depressives Irresein, Idiotie, Hysterie-Neurasthenie, Dementia praecox, Dementia paralytica, Melancholie, Dementia senilis. Die traumatische Psychose weist nur eine schwache Belastung auf. Die Hauptmomente der Belastung sind abwechselnd Geisteskrankheit und väterliche Trunksucht, während die übrigen Belastungsformen im allgemeinen mehr oder weniger eine unbedeutende Rolle spielen. Die Trunksucht der Eltern überwiegt in der Belastung der Alkoholiker, in der Heredität der an Epilepsie, Idiotie und Dementia paralytica leidenden herrscht die Trunksucht des Vaters vor. Bei den übrigen Formen spielt Geisteskrankheit im allgemeinen die Hauptrolle, doch bildet die Dementia praecox der Frauen eine Ausnahme, bei der die Trunksucht des Vaters überwiegt. Ähnliches gilt auch für das manisch-depressive Irresein. Dies hängt wahrscheinlich mit dem spezifischen Einfluß zusammen, den die Trunksucht des Vaters auf die Entwicklung des Geschlechtscharakters der Tochter hat. In mehreren Tabellen sind die Ergebnisse der Untersuchung zusammengestellt, die noch im einzelnen wertvolles Material liefert. (*Frankfurther.*)

Bertschinger (38) wirft die Frage auf, wieso Menschen, die schon von Jugend an nachweisbar zu einer Psychose oder nervösen Erkrankung disponiert erscheinen, erst zu einem bestimmten Zeitpunkt manifest erkranken, so daß ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden muß. Als „Gelegenheitsursache“ wirkt dabei nach seiner Meinung die Tatsache, daß eine „Lebenslüge“, mit der sich der Kranke vielleicht jahrzehntelang der Wirklichkeit scheinbar angepaßt hatte, aus irgendeinem Grunde aufgegeben werden muß. Solche Lebenslügen sind die Hoffnung auf ein noch eintreffendes Glück, auf eine noch kommende große Liebe, ferner die Verschiebung sexueller Wünsche in die Berufstätigkeit oder in religiöse und künstlerische Bestrebungen. Die Psychosen, um die es sich nach den mitgeteilten Krankengeschichten handelte, waren mannigfacher Art: Hysterie, Angstneurose, Zwangsneurose, Schizophrenie, Spätkatatonie, manisch-depressives Irresein, präsenile Melancholie. Immer hatten die letzten Ursachen, die den manifesten Krankheitsausbruch herbeiführten, das Gemeinsame, daß der Widerspruch bewußt wird zwischen den allgemein ausgedrückten Glücksansprüchen der Kranken u. a. dem ihnen in Wirklichkeit zuteil gewordenen Glück. Wenn auch dieser Widerspruch immer bestanden hatte, so hatten es die Kranken bis dahin doch verstanden, ihn geheim zu halten. Die psychischen Mechanismen dabei sind dieselben, wie sie aus der Psychologie der Neurosen und Psychosen bekannt sind: Ersatzbildungen, Sublimierungen, Affektverschiebungen, Konversion psychischer Konflikte in psychische Leiden usw. Warum aber das eine Mal dies, das andere Mal jenes Krankheitsbild ausbricht, ist noch nicht zu entscheiden. Wahrscheinlich beruht die Art und Weise, in der ein Mensch auf die Unvereinbarkeit seiner Glücksansprüche mit der Wirklichkeit reagiert, auf einer angeborenen vererbbaren Disposition zu einer ganz bestimmten Reaktionsweise. (*Frankfurther.*)

Als organisches Substrat der Psychoneurosen ergibt sich für **Adler** (3) folgendes: in der Kindheitsgeschichte jedes Neurotikers finden sich Erinnerungs- oder Gefühlsspuren einer geringen Selbsteinschätzung, verbunden mit Hinweisen auf ein überaus noch angesetztes Ziel. Dieses bleibt richtunggebend für alle körperlichen und geistigen Anstrengungen des Patienten, speist seine Phantasie und wirkt wie ein Zwang auf die Richtung seines Lebens und Denkens. Die Neurose ist ein Versuch, ein hochgespanntes

Persönlichkeitsideal zu erreichen, während der Glaube an die eigne Bedeutung durch ein tiefsitzendes Minderwertigkeitsgefühl erschüttert ist. Diese ursprüngliche geringe Selbsteinschätzung des Neurotikers baut sich auf körperlich vermittelten Empfindungen der Schwäche, des Leidens, der körperlichen und geistigen Unsicherheit auf. Diese Unsicherheit ist das Resultat der normalen kindlichen Schwäche, vor allem aber das Ergebnis der pathologischen Steigerung dieser Schwäche, wie sie durch die angeborene Minderwertigkeit der Organe zustande kommt. Von dieser Unsicherheit hängt dann die Haltung des Kindes ab, bis diese dem neurotischen System genügt, mittels dessen sich das Kind als den Herrn der Verhältnisse fühlt. Unter den Dingen, die das Gefühl der Unsicherheit des Kindes am stärksten ausgestalten, stehen die konstitutionellen Krankheiten des Kindesalters obenan. Sie wirken auf die Psyche durch ein Heer von Übeln, durch Schmerzen, Todesfurcht, Schwäche, Kleinheit, Plumpheit, verlangsamte körperliche und geistige Entwicklung, durch Häßlichkeit, Verunstaltungen, Mängel der Sinnesorgane und durch Kinderfehler. Das organische Substrat der Psychoneurose und Psychose ist in der Minderwertigkeit des Keimplasmas und der aus ihm entspringenden konstitutionell minderwertigen Organe zu suchen. Die spezifischen Angriffe von außen erfolgen durch die Lues, durch den Alkoholismus, durch den dauernden Zwang zur Domestikation, durch Überleistungen und Massenelend. Das neurotische System wird gefördert durch die nervöse Familientradition mit ihren innerhalb der Familie waltenden nervösen Charakteren.

(*Frankfurther.*)

Bernheim (36): Die Ausführungen des Verf. erstreben den Nachweis, daß ein beträchtlicher Unterschied besteht zwischen der Autosuggestion, die ohne Wissen des Kranken durch die inneren Eindrücke verursacht wird, und jener, die der Kranke selbst mit seinem Willen herbeiführt. Dies ist vom psychotherapeutischen Standpunkt aus wichtig. Der Wille des Kranken ist oft ohnmächtig gegen die ihn beherrschende krankhafte Autosuggestion. Die Psychotherapie schafft neue Eindrücke, mittels derer sie auf die Einbildung des Kranken einen Einfluß auszuüben und jene Eindrücke zu neutralisieren vermag, von denen die autosuggestive funktionelle Störung unterhalten wird.

Savage (397) weist an der Hand einiger Beispiele darauf hin, daß Träume oft der geistigen Störung eine bestimmte Färbung verleihen oder zur Entstehung von Wahnideen führen. Er zitiert Hughlings Jackson, der gesagt haben soll: „Lernt die Träume verstehen, und Ihr werdet erkennen, was Geisteskrankheit ist!" Ein anderer, dessen Name dem Verf. nicht gegenwärtig ist, soll die Psychose ein Träumen im Wachen und den Traum eine Psychose im Schlafen genannt haben. (Vielleicht meint Verf. damit die Lehre Freuds, dessen „Traumdeutung" er auffallenderweise nicht erwähnt: „Der Traum ist die Neurose des Gesunden, die Neurose der Traum des Kranken.")

Damaye (109): Die Verwirrtheit als Krankheitsbild sui generis verbindet sich bekanntlich oft, wenn auch in sehr verschiedenen Verhältnissen, mit der Manie, der Melancholie und mit Wahnvorstellungen. Neuerdings wurde in Frankreich dieser Tatsache von Régis und seinen Schülern besonders Rechnung getragen und darauf hingewiesen, daß das eine dieser Syndrome, und zwar gewöhnlich das der Verwirrtheit, verschwinden kann, während das andere eine Zeitlang oder auch definitiv bestehen bleibt. Die akute Verwirrtheit ist der klinische Ausdruck einer Intoxikation oder Infektion und bietet gute Heilungschancen. Der in Deutschland für einzelne Fälle von Verwirrtheit gebrauchte Ausdruck Demenz (? Ref.) sollte nur für



unheilbare Zustände gebraucht werden. Auch konstitutionelle Psychosen treten oft zuerst durch einen toxischen Einfluß zutage und bieten infolgedessen anfangs manchmal die Erscheinungen einer mehr oder minder ausgesprochenen Verwirrtheit. Diese verschwinden aber im weiteren Verlauf, und die systematischen unheilbaren Wahnideen bestehen weiter. Verf. bespricht 2 Krankengeschichten, von denen die eine einen Fall von Manie mit Verwirrtheit unbestimmten toxischen Ursprungs (Albuminurie), die andere eine Melancholie mit Verfolgungsideen und einem Einschlag von Verwirrtheit, wahrscheinlich infektiösen Ursprungs (Grippe, Albuminurie) betrifft.

Tastevin (439): Die „émotions afflictives" charakterisieren sich 1. durch die Vorstellung eines Unglücks, das die eigene Person betrifft, 2. durch das Gefühl einer schmerzhaften Zusammenziehung in der Magengrube. Hierher gehören

1. der Kummer bzw. die Traurigkeit,
2. die Angst in ihren verschiedenen Abstufungen und Varietäten (Unruhe, Ängstlichkeit und höchste Angst; bzw. Furcht und Schrecken),
3. die Wut (énervement).

Der Kummer knüpft an ein vergangenes Unglück. Die Angst und deren Abarten sind durch die Vorstellung eines zukünftigen Unglücks gekennzeichnet; die Wut ist in der Regel durch den Gedanken an ein von anderer Seite zugefügtes Unglück bedingt. Verf. gibt zunächst einen kurzen historischen Überblick über die Auffassungen, die man zu verschiedenen Zeiten von den Beziehungen zwischen Gemützustand und körperlichen Sensationen im Epigastrium hatte (Plato, Descartes, Broussais, Morel, Griesinger usw.) und führt dann eine Reihe von klinischen Beispielen an, aus denen Art, Umfang und Sitz der erwähnten körperlichen Empfindungen bei den Affekten des Kummers, der Angst und der Wut zu ersehen sind. Normalerweise geht der Affekt von einem intellektuellen Vorgang aus. Es gibt indessen Psychoneurosen, die sich durch periodische Affektzustände auszeichnen, die plötzlich und ohne psychische Ursache eintreten und trotzdem von den subjektiven Empfindungen des Kummers, der Angst und der Wut begleitet sind und die objektiven Kennzeichen dieser Affekte darbieten. Auch hierfür werden Beispiele angeführt. Verf. weist dann an der Hand klinischer physiologischer Erfahrungen nach, daß das Erwähnte mit allen diesen normalen oder pathologischen Affektzuständen verbundene Gefühl von Beklemmung und Zusammenziehen im Epigastrium im Magen lokalisiert ist und von einem Reflexkrampf dieses Organes herrührt. In gewissen Fällen werden Ausstrahlungen nach oben entlang der Speiseröhre und dem Kehlkopf oder nach unten bis zum Rektum beobachtet, die ihren Grund in einer Kontraktion der Pharynxmuskel bzw. der Darmmuskulatur haben. Erstere kommen vorzugsweise bei der Wut, letztere bei den Angstzuständen vor. Durch die Kontraktion der glatten Muskulatur werden die benachbarten sensibeln Nerven mechanisch gereizt und führen zur Empfindung von Schmerz usw. Hierdurch kommt es dann zu vasomotorischen Störungen, so daß sich nachstehende Reihenfolge der Erscheinungen ergibt: 1. Vorstellung (état intellectuell), 2. Krampf, 3. schmerzhafte Krampfempfindung, 4. Erbleichen, Asthenie. Außerdem führt die betr. Vorstellung zu verschiedenen körperlichen Reaktionen, zu besonderen Handlungen, zu direkten Einflüssen auf gewisse organische Funktionen (Atmung, Herz bei der Angst). Alle diese Erscheinungen sind, je nach dem vorliegenden Affektzustand, verschieden; sie werden nach den einzelnen Affekten gesondert einer Besprechung unterzogen. Es wird darauf hingewiesen, daß alle diese Affektzustände pathologische Grade erreichen können, daß insbesondere eine kontinuierliche Reihe vom normalen verhältnis-



mäßig geringen Wutaffekt bis zum hysterischen Anfall führt. Die Behandlung ergibt sich aus dem Gesagten von selbst. (Analgetika, Antispasmodika, Anästhetika.)

Bresowsky (66): Die protrahierten Affektschwankungen und die eknoischen Zustände, wie die Eknoia, erscheinen als echte Emotionspsychosen, da ihre Ursache in Affekten, bzw. Stimmungen besteht. Diese ihre vollständige Abhängigkeit von dem zugrunde liegenden Affektzustand ist ihr spezifisches Merkmal, das sie von anderen Psychosen bzw. psychopathischen Zuständen zu unterscheiden geeignet ist. (*Sossinka.*)

Courbon (102) teilt die jedem angeborenen verschiedenen Strebungen (tendances) in 4 klinisch charakterisierte Gruppen:

1. die moralischen Tendenzen,
2. die altruistischen,
3. die persönlichen (egoistischen, auf die Erhaltung und Vermehrung des Erworbenen gerichteten) und endlich,
4. in diejenigen Strebungen, die auf dem Bedürfnis beruhen, irgendeine, sei es geistige, sei es körperliche, sei es nützliche oder schädliche Tätigkeit auszuüben. Verf. weist nun im einzelnen nach, daß die vollkommene affektive Indifferenz, die sich durch eine gänzliche Wunschlosigkeit, sowie durch die absolute Unfähigkeit, irgend eine Freude oder irgend eine Traurigkeit zu empfinden, kennzeichnet und durch die Vernichtung aller vier genannten Gruppen zustande kommt, nur bei der Demenz vorkommt, während es bei anderen Gemütserkrankungen sich nur um eine partielle Indifferenz handelt, indem eine oder mehrere der genannten Gruppen unversehrt weiter bestehen. Die vollkommene Indifferenz ist oft schwer zu erkennen. Sie kann verdeckt werden durch das Fortbestehen des psychologischen Automatismus (anscheinende Moralität, Altruismus, Neugierde, Egoismus der Dementen) oder durch Wahnbildung (Demence délirante), oder sie kann auch vorgetäuscht werden durch verschiedene Syndrome (Stupor, Erregung, manische Zustände); wo sie aber nachgewiesen werden kann, da ist sie pathognomonisch für die Demenz. Ihr Nachweis genügt für die Sicherung der Diagnose, wo sie nicht besteht, liegt keine Demenz vor.

Ritterhaus (377) wendet sich gegen eine Arbeit Lipmanns („Die Spuren interessebetonter Erlebnisse und ihre Symptome". Beihefte 2. Zeitschr. f. angew. Psychol. u. psychol. Sammelforschung. Leipzig 1911), in welcher dieser einen prinzipiellen Unterschied zwischen „Tatbestandsdiagnostik" und „Psychoanalyse" macht. Diese Trennung ist, wie Verf. überzeugend dartut, unmöglich, „die Psyche der Versuchsperson ist kein unbeschriebenes Blatt; überall bei unseren Versuchen stoßen wir auf die Spuren anderer affektbetonter Erlebnisse, der Komplexe. Diese kann man nicht ausschalten; ignoriert man sie, so verfälscht man das Resultat." Dabei ist es ganz gleichgültig, wie man sich zu der Freudschen Psychoanalyse stellt: „Die Existenz von Komplexen, von gefühlsbetonten Erlebnissen, die in der Stelle des betreffenden Menschen Spuren zurückgelassen haben und in erhöhter Entladungsbereitschaft stehen, wird wohl von keiner Seite mehr bezweifelt. Man darf nicht, wenn man der Freudschen Psychoanalyse ablehnend gegenübersteht, dies die Komplexforschung entgelten lassen und sie ebenfalls ablehnen, allein auf Grund der Tatsache, daß sie auch zu psychoanalytischen Zwecken gebraucht werden kann." Die Möglichkeit, die Methode zu kriminalistischen Zwecken zu gebrauchen, wird vom Verf. bestritten.

Stransky (437) macht, ohne das Verdienst Bleulers schmälern zu wollen, darauf aufmerksam, daß früheren Autoren der schizophrene Zug im Krankheitsbilde der Dementia praecox nicht entgangen ist und auch durch

78*



eine Reihe seiner eigenen Arbeiten ein wenig den in der Darstellung Breslers fast allein Bleuler gutgeschriebenen Gedanken und Befunden präludiert worden ist. Verf. glaubt um so mehr Anlaß zu haben, in eigener Sache zu sprechen, als Urstein mehrere Jahre, nachdem Verf. seine Lehre von der intrapsychischen Ataxie formuliert hatte, den gleichen Terminus verwandte, ohne die Vorarbeiten Stranskys entsprechend zu berücksichtigen.

Fleischer (152) konnte in drei Fällen ein eigenartiges bisher unbekanntes Krankheitsbild beobachten: Die Patienten zeigten einen hochgradigen, sich auf den ganzen Körper erstreckenden Tremor, der sich ziemlich rasch entwickelt haben sollte; in zwei Fällen bestand eine psychische Erkrankung, die zur Internierung geführt hat und sich in erhöhter Reizbarkeit, Neigung zu Gewalttätigkeit, läppischem Benehmen oder Stimmungsschwankungen, Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten äußerte. Es bestand ferner eine grünlich-bräunliche Verfärbung der Hornhautperipherie; in einem Falle hatte die Pigmentierung auch bestimmte Bindegewebsarten ergriffen, außerdem Leberzirrhose, Milzvergrößerung, chronische Nephritis, während sich für die nervösen Symptome außer einer zirkumskripten Leptomeningitis keinerlei anatomische Veränderungen finden ließen.

Das Pigment erwies sich als löslich in Schwefelammonium, und es konnte schließlich festgestellt werden, daß es sich um ein Pigment, daß chemisch die Reaktionen des Silbers ergab, handelte. Gegen eine Argyrose sprach aber erstens die Anamnese, nach der sich eine Silberzufuhr nicht feststellen ließ, ferner die Verfärbung der Hornhaut. Es handelte sich bei der Pigmentierung wohl nicht um Silber, sondern um den Niederschlag von Stoffen, die durch die befallenen Gewebe reduziert werden. Im Endstadium der Krankheit, die der Pseudosklerose nahe steht, trat Diabetes auf. Das Wesen der ganzen Krankheit ist noch ganz in Dunkel gehüllt. (*Frankfurther.*)

Laup (267) teilt einen Fall von Zwangsantrieb mit, der sich in der Angst äußerte, sich selbst oder Fremden etwas anzutun. Ätiologisch kommt eine ererbte neuropathische Konstitution in Betracht, auf deren Boden sich eine neurasthenische Verstimmung entwickelt hat, die zu dieser Erscheinungsform der Krankheit führte. Besonders bemerkenswert ist in diesem Falle, daß die Krankheitssymptome zur Zeit der Menses paroxysmal gesteigert waren. (*Frankfurther.*)

Die Arbeit **Brennecke**'s (61) ist eine Mahnung zur Abschaffung der Doktor-Dissertationen. Unter den 33 von ihm publizierten Fällen von Amentia ist kaum einer, der nicht zu erheblichen differential-diagnostischen Bedenken Anlaß gibt. Diese Bedenken hat Verf. kein einziges Mal, obwohl er in einem Fall sogar artikulatorische Sprachstörung und unausgiebige Lichtreaktion der Pupillen konstatiert.

Bakody (15) bespricht die Krankengeschichte eines 22 jährigen Mädchens, das an einer typischen Amentia erkrankte, welcher sich katatonische Symptome zugesellten. Nach 5 Monaten erfolgte vollkommene Heilung. — Auf Grund dieses Falles konnte Verf. feststellen, daß das Auftreten der katatonischen Symptome die Diagnose der Amentia nicht ausschließt, wenn sonst die übrigen Symptome darauf hinweisen und daß aus dem Vorhandensein dieser Symptome eine schlechtere Prognose nicht gezogen werden kann. (*Hudovernig.*)

Oppenheim (329): Aus unbewußten psychischen Vorgängen resultiert als Endeffekt der Eifersuchtswahn, als dessen bedeutsamste Wurzeln wir die sadistisch-masochistischen Triebkräfte und ein eigenartiges Gefühl der Schuld im Individuum ansprechen? Ganz im Sinne der Freudschen Lehren. (*Sossinka.*)

Jones (224) leitet eine Diskussion ein über den Begriff der Demenz mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Zurechnungsfähigkeit. Verf. weist auf die Schwierigkeit hin, die Trennungslinie zwischen leichten Graden der Demenz und physiologischem Schwachsinn zu ziehen. (Bei letzterem denkt Verf. besonders an die senile Involution). Er erwähnt ferner die Fälle, in denen zunächst wenigstens der Krankheitsprozeß nur einen Teil der psychischen Eigenschaften (beispielsweise die ethischen) betroffen, die anderen aber (die Intelligenz) unversehrt gelassen hat. Die Diskussion über die praktisch eminent wichtige Frage der forensischen Bewertung derartiger Zustände trat leider sehr zurück hinter klassifikatorischem und terminologischem Geplänkel.

Die Pupillenuntersuchungen **Bakody**'s (16) erstrecken sich auf folgende Geisteskrankheiten mit Demenz: Progressive Paralyse, senile Demenz und Dementia praecox. I. Ergebnisse bei Paralyse: gleiche Pupillen bei 41,5 %, differente bei 58,5 %; regelmäßige Pupillen bloß bei 1,1 %, bloß eine unregelmäßig bei 4 %, beide unregelmäßig bei 94,9 %. Reflektorische Pupillenstarre bei 47,7 %, einseitige bei 23 %; in 29,3 % beiderseits träge Reaktion. Akkommodationsreflex erhalten bei 97,5 %, schwach bei 1 %, fehlend bei 1,5 %. Das Orbikularisphänomen fehlt bloß bei 1 %, der Sensibilitätsreflex bei 40 %; psychischer Reflex fehlt bei 89 %, Pupillenruhe bei 7,7 % vorhanden, zumeist bei wenig alterierter Intelligenz. Folgerungen: Irgendeine Störung der Lichtreaktion ist bei der Paralyse stets vorhanden, Anisokorie bei mehr als der Hälfte, Unregelmäßigkeit der Pupillen ist überaus häufig, bei 94,4 %, ist also ein wichtiges Zeichen der Paralyse; Pupillenunruhe, Sensibilitätsreflex und psychogener Reflex hängen nicht so sehr mit dem Zustand des Lichtreflexes, wie mit dem der Intelligenz zusammen, das Fehlen derselben ist parallel mit dem Fortschreiten der Intelligenz. — II. Bei der senilen Demenz fand B. träge Reaktionen bei 90 %, verengte Pupillen bei 80 %, unregelmäßige Pupillen bei 5,5 %, Anisokorie bei 2 %; Sensibilitätsreflex und Pupillenunruhe stets vorhanden, der psychogene Reflex fehlt bei 90 %. — III. Bei der Dementia praecox war Pupillendifferenz überhaupt nicht vorhanden, erweiterte Pupillen bei 16,5 %, verengte bei 5 %; beiderseitige Pupillenunregelmäßigkeit bei 18 %, einseitige bei 5 %; tadellose Lichtreaktion fand B. bei 55 %, einseitige träge konsensulle Reaktion bei 5, beiderseitige bei 10 %; beiderseitige träge direkte Reaktion bei 13, einseitige bei 5 %; direkte und konsensuelle Reaktion träg bei 12 %. Lichtstarre Pupillen fand B. bei der Dementia praecox überhaupt nicht. Akkommodationsreaktion und Orbikularisphänomen stets normal. Der Sensibilitätsreflex fehlt bei 56 %; derselbe war vorhanden bei der paranoiden Form in 79 %, bei der hebephrenischen in 33 %, bei der katatonen in 12 %. Der psychogene Reflex war bei 12 % der Präkoxkranken vorhanden, bei der paranoiden Form in 29 %, bei der hebephrenen in 4,5 %, bei der katatonen Form fehlte er überhaupt. Die Pupillenunruhe war in 25 % der sämtlichen Präkoxfälle vorhanden, und zwar bei der paranoiden Form in 66 %, bei der hebephrenen in 11 %, fehlte bei der katatonen Form immer. Bei den Präkoxfällen hat Bakody parallel auch den psychischen Zustand in Betracht gezogen und gefunden: Ausbleiben des Sensibilitäts- und psychogenen Reflexes, sowie der Pupillenunruhe weisen bei der paranoiden und hebephrenen Form stets auf fortschreitende Demenz oder auf das Ablassen der Wahnideen. Bei der katatonen Form berechtigt das Fehlen dieser drei Erscheinungen nicht zu derartigen Schlüssen, da dieselben bei der katatonen Form überhaupt fehlen. Somit spricht fehlender Sensibilitäts- und psychogener Reflex sowie Nichtvorhandensein der Pupillenunruhe für die katatone Form der Erkrankung,

ihr Bestehen eher für paranoide und demente Form, natürlich mit Berücksichtigung der erwähnten Momente. — Aus dem Vergleiche der Ergebnisse bei Paralyse, seniler Demenz und Dementia praecox kommt Verf. zu folgenden Folgerungen: 1. Bei der Paralyse bilden Störungen der Lichtreaktion ein Frühsymptom, mit zunehmender Demenz bleiben aus der Sensibilitäts-, psychogener Reflex und die Pupillenunruhe. 2. Bei der senilen Demenz zeigen die Lichtreaktionen bloß eine Verminderung; absolutes Fehlen kommt bloß bei eventuellen Komplikationen vor. Die übrigen besprochenen Erscheinungen haben bei der senilen Demenz denselben prognostischen Wert, wie bei der Paralyse. 3. Bei sämtlichen Formen der Dementia praecox fehlen Lichtreflexe bloß im Falle von Komplikationen; Sensibilitäts-, psychogener Reflex und Pupillenunruhe bestehen am längsten bei der paranoiden Form und verschwinden frühestens bei der katatonen Form. — Die Paralyse charakterisiert sich somit durch die Störungen der Lichtreaktionen, die senile Demenz durch die Involutionserscheinungen, die Dementia praecox durch das Fehlen von Sensibilitäts-, psychogenem Reflex- und Pupillenunruhe.

(*Hudovernig.*)

Bornstein (50) beobachtete eine 39 jährige, hereditär in psychopathischer Hinsicht schwer belastete Frau, die schon vor 18 Jahren einen Depressionszustand durchgemacht hatte und jetzt wieder mit depressiven Wahnideen namentlich somatopsychischen Charakters erkrankt war. Nach mehrmonatlichem Bestehen dieses Zustandes, in der die Kranke fast alle beigebrachte Nahrung erbrochen hatte, entstand allmählich eine Parese der unteren Extremitäten, die sich ziemlich schnell zu einer völligen schlaffen Paraplegie mit den typischen Symptomen entwickelte. Gleichzeitig änderte sich das psychische Zustandsbild, indem ein Stupor, dann ein delirant-verworrener Zustand mit fehlerhaftem Orientierungsvermögen und zeitweisem Konfabulieren eintrat. 10—12 Tage nach Beginn der sekundären Erkrankung trat der Tod ein. Es hat sich also um eine Kombination zweier klinisch scharf begrenzter Psychosen gehandelt. Pathologisch-anatomisch fanden sich die gröbsten pathologischen Veränderungen an den peripheren Nerven in Form einer Neuritis parenchymatös-degenerativen und entzündlichen Charakters.

(*Frankfurther.*)

Van der Torren (444) bespricht in einem Sammelreferat erschöpfend die einschlägigen Arbeiten. Die Freudsche „Psychopathologie des Alltagslebens" wird entsprechend dem ablehnenden Standpunkte des Verf. nur gestreift.

Mönkemöller (316) hat das in der Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim während der letzten 35 Jahre behandelte Soldatenmaterial, im ganzen 197 Fälle, zusammengestellt und in bezug auf Ätiologie, Diagnose und Verlauf kritisch gesichtet. Die von ihm mitgeteilten zahlreichen Fälle bieten im einzelnen sehr viel des Interessanten, entziehen sich indes naturgemäß einem Referat. Auch nach dem Verf. ist die Dementia praecox jetzt unbestritten die Krankheit, die an erster Stelle beim Militär vorkommt und am meisten Anspruch auf die Bezeichnung einer „Militärpsychose" hat. Unter diesen Fällen überwiegen die katatonischen Formen. Besondere Berücksichtigung verdient immer wieder die enge Verbindung zwischen Psychopathie und Kriminalität, die gerade im Militärleben so häufig zutage tritt. In praktischer Beziehung wird es nach wie vor am wichtigsten sein, bei der Einstellung die pathologischen Elemente möglichst auszusondern. Die in dieser Beziehung so überaus wichtige Gewinnung einer zuverlässigen Anamnese ist indes mit großen Schwierigkeiten verknüpft. Als immerhin sehr nutzbringend und auch durchführbar bezeichnet Verf. die Einrichtung von Fragekarten, die über das geistige und körperliche Verhalten während der Schulzeit Auskunft geben



und für jeden Schüler durch den Lehrer auszufüllen sein würden. Erreichbar ist ferner die Feststellung derer, die schon vor ihrer Dienstzeit in Hilfsschulen, Fürsorgeerziehungsanstalten, Irrenanstalten, Gefängnissen usw. gewesen sind. Das Resultat der psychiatrischen Untersuchungen der Fürsorgezöglinge müßte dem Militärarzt ohne weiteres zugänglich gemacht werden; die Eintragung sämtlicher Fürsorgezöglinge in die Stammrolle ist durchaus wünschenswert. Endlich wäre auf eine genauere Beachtung des körperlichen Status bei der Einstellung Gewicht zu legen. Periodische durchgreifende Revisionen bei den bereits eingestellten Soldaten, unterstützt durch ausgiebige Berichte der Vorgesetzten, müßten das Ziel verfolgen, die psychisch defekten Heeresangehörigen als solche zu erkennen und für deren Behandlung Sorge zu tragen. Trotz der Vervollkommnung und Vermehrung der militärischen Irrenstationen wird es sich aus therapeutischen Gründen empfehlen, alle Fälle, die eines längeren nicht abzusehenden Anstaltsaufenthaltes bedürfen, in die Irrenanstalten zu überführen.

Jüttner (228) hat die im Laufe der letzten fünf Jahre in der Göttinger Provinzialanstalt beobachteten Fälle von Grenzzuständen bei Angehörigen der Armee zusammengestellt und mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Diensttauglichkeit untersucht. Von den 43 Fällen gehörten 3 der Armee, die übrigen der Marine an. Er gelangt zu dem Ergebnis, daß die meisten Grenzzustände den Heeresanforderungen nicht genügen, und daß insbesondere die Epileptiker und Hysteriker, die Imbezillen, Debilen und chronischen Alkoholiker insgemein als dienstuntauglich anzusehen sind, und zwar wird dies oft schon bei der Einstellung oder Musterung festzustellen sein. Bei den meisten Degenerierten ist erst im Laufe der Dienstzeit eine Entscheidung möglich, die verdächtigen Rekruten müssen durch den Truppenarzt ständig beobachtet werden, wobei Unterstützung durch die Vorgesetzten bzw. einsichtige Kameraden fördernd wirken wird. Alkoholintoleranz, schwere Affekt- und Zwangszustände usw. bedingen Untauglichkeit, um so mehr, wenn der § 51 des Strafgesetzbuches bereits Anwendung gefunden hat. Die größte Gefahr für die Truppe bilden die intellektuell vollwertigen, moralisch jedoch verkommenen Degenerierten, deren Unterbringung in eine Arbeiterabteilung als ein Akt der Notwehr aufzufassen ist. Von den neurasthenischen Formen bietet die endogene Nervosität im Gegensatz zu der oft heilbaren erworbenen Neurasthenie für die Dienstzeit meist ungünstige Aussichten. Bei der Beurteilung aller Trunkenheitsdelikte ist die sachverständige ärztliche Mitarbeit zu fordern.

Simonin (421) ist der Meinung, daß die überwiegende Mehrzahl der Debilen für den Heeresdienst untauglich ist; sei es wegen ihrer intellektuellen Minderwertigkeit oder wegen ihrer krankhaften Affekte und der dadurch bedingten Neigung zu Vergehen gegen die Disziplin. Besonders kommen hierbei die Alkoholisten und Epileptiker in Betracht. Bei einzelnen Debilen könnte man vielleicht einen Versuch mit der Dienstleistung machen, jedoch nur unter psychiatrischer Kontrolle. Verhältnismäßig günstige Erfolge bietet eine gewisse Kategorie von Schwachsinnigen, die vom Lande stammen, schüchternen Charakters sind und keine Neigung zu krankhaften Affekten oder Trieben haben. Diese müssen indes gegen unangebrachte Schikanen geschützt werden, da sich sonst Depressionszustände bei ihnen einstellen mit der Neigung zur Fahnenflucht und zum Selbstmord, desgleichen gegen den Alkoholismus, der bei ihnen ebenfalls zu krankhaften Reaktionen führen würde. Bei denen, die von Heimweh befallen werden, wird man manchmal mit Erfolg eine Versetzung in die Nähe ihrer Heimat und ihrer Familie vornehmen können. Zu jedem fraglichen Falle sollte rechtzeitig der Psychiater



hinzugezogen werden, der über die geeigneten Maßregeln zu entscheiden hätte. Der Staat hat kein Interesse, psychisch oder körperlich minderwertige Elemente im Heeresdienste zu behalten; die für diese aufgewendeten Kosten sind nutzlos, und noch schwerer fallen die Gefahren für die Disziplin, auf der die Armee beruht, ins Gewicht.

Laignel-Lavastine (262a) behandelt in kurzer klarer Darstellung in Form einer Vorlesung unter Berücksichtigung der Psychologie des Verunglückten die nervös-psychischen Erscheinungen der Unfallsfolgen, sowie die daraus folgenden und für den Arzt nötig werdenden gutachtlichen Äußerungen. Besonderen Wert legt er auf die psychische Untersuchung eines jeden Verunglückten und betont, daß die Untersuchung eines jeden Unfallkranken in erster Linie eventuell vorhandene somatische Symptome toxischer oder organischer Natur, dann aber die Erregungserscheinungen, die vom Unfall selbst oder aus der Stimmung des Kranken über seine Lage entstehen, berücksichtigen müsse, oft aber ganz und gar die Erscheinungen, die die eventuell zu erwartende Rente, und die er symptômes procéduriers nach Lacassague nennt, nämlich eine gewisse Übertreibung, Simulation usw., nicht außer acht zu lassen sind.

Die Arbeit bringt nichts wesentlich Neues, orientiert aber in Kürze über das Thema.

Stierlen (435a) behandelt in seiner Arbeit, ausgehend von der Tatsache, daß eingehende systematische Untersuchungen über das Gebiet der traumatischen Neurosen die einzige Gewähr bieten, dieses für die Praxis, speziell auch für das Wohl der Kranken, so enorm wichtige Gebiet kennen zu lernen, die bei 6 Katastrophen gesammelten Erfahrungen.

Er macht Mitteilungen über das Erdbeben vom August 1906 bei Valparaiso und bei Messina 1907, die Katastrophe von Courrières, von der Zeche Radbod 1908, das Eisenbahnunglück in Müllheim 1911, sowie einen Brückeneinsturz in Brail im Jahre 1911.

Besonderes Interesse beanspruchen die Beobachtungen über die Katastrophe in Courrières. Diese erstrecken sich über $2^1/_2$ Jahre und umfassen 21 Leute, die in Zwischenräumen von 3—6 Monaten ungefähr 7 mal untersucht wurden. Auch diese lang ausgedehnte Beobachtung, sowie die Tatsache, daß die Leute meist in der ihnen gewohnten Umgebung und Lebensweise untersucht wurden, erheischen noch eine besondere Aufmerksamkeit, speziell auch dadurch, daß das Krankheitsbild zum Teil durch eine Kohlenoxydgasvergiftung kompliziert wurde. Auf die Vorstellung im einzelnen einzugehen, verbietet die Kürze des Referats, erwähnt mag nur noch werden, daß Verf. auch Mitteilungen über die 14 erst nach 3 Wochen Ausgegrabenen macht.

Kürzer waren in der Folge die Beobachtungen bei den andern oben genannten Katastrophen behandelt. Aber auch hier bietet sich eine Fülle des Interessanten und Beachtenswerten, da auch hier eine reiche, meist länger ausgedehnte Beobachtung zur Verfügung steht, und einzelne der Katastrophen noch durch die Rassenverschiedenheit der Betroffenen, welche eine Verschiedenheit des Krankheitsausdrucks bedingt, besonders beachtenswert waren. Verf. äußert sich u. a. auch über die Unterschiede, die die Krankheitsäußerung seiner Meinung nach bei den verschiedenen sozialen Klassen zeigt, bringt Selbstbeobachtungen der Verunglückten und schließt seine umfassenden und wohl selten reiches Material bringenden Darstellungen mit Krankengeschichten aus den verschiedenen Beobachtungsgebieten.

Cygielstreich (108) gibt, hauptsächlich im Anschluß an die russische Literatur eine Übersicht über die psychischen Erkrankungen, die im Laufe des russisch-japanischen Krieges beobachtet wurden, und vergleicht diese

Erkrankungen mit jenen, die durch plötzliche Unglücksfälle, wie Eisenbahnzusammenstöße und das Erdbeben in Messina, erzeugt wurden. Für die chronischen Psychosen spielt der Krieg keine Rolle, dagegen treten sehr häufig akute Psychosen auf, unter denen die häufigsten die epileptische und die neurasthenische Psychose sind, ferner eine sogenannte depressiv-stuporöse Amentia und eine geistige Verwirrtheit, die einander wohl ziemlich nahe stehen. Diese Psychosen haben sich unter dem Einflusse der Gemütsbewegungen des Krieges, der Ermüdung und Erschöpfung und den Entbehrungen entwickelt, die immer mit dem Kriege verbunden sind. Eine besonders große Rolle spielen dabei die Gemütsbewegungen, die Erkrankungen traten nur bei oder kurze Zeit nach den Schlachten auf, sind bei den Vorposten selten und fehlen völlig hinter der Front. Auch bei politisch oder kosmisch umwälzenden Ereignissen (Revolution oder Erdbeben) führen die heftigen und plötzlichen Gemütsbewegungen zu akuten geistigen Störungen. (*Frankfurther.*)

Unter 50 untersuchten Soldaten **D'Abundo**'s (2) fanden sich 12 Epileptiker, davon 7, bei denen die Krankheit schon früher bestand, 15 Neurastheniker, von denen 5 früher daran schon litten, 20 Psychotiker, davon 2, bei denen die Krankheit schon präexistierte.

Bei allen diesen Kranken bestand eine krankhafte Belastung. Eine bestimmte klinische Form von Neuropsychopathie infolge von Kriegsaufregungen gibt es nicht. Die Psychose gab sich in verschiedenen Arten zu erkennen: in depressiver Form mit psychosensorischen Störungen, vornehmlich visiver Natur, oder mit Halluzinations- oder Konfusionszuständen. Verf. hält die Rückkehr in die Heimat für ein psychotherapeutisches Element zur Heilung der Psychoneurose. (*Audenino.*)

Benthin (34) untersuchte den Blutzuckergehalt bei genital bedingten Blutungen und bei Psychoneurosen, weil auch diese auf die Organfunktionen einen Einfluß ausüben. Bei geringen Blutungen findet, wie bei den Menstruationsblutungen keine gesteigerte Ausschwemmung des Zuckers aus der Leber statt. Bei starken Blutungen kann es zu einer starken Ausschwemmung kommen; halten die Blutungen aber an, so treten Verhältnisse wie bei ermüdender Muskelarbeit ein, wobei der dauernd gesteigerte Verbrauch an Zucker nicht mehr gedeckt werden kann und die Leistung zur Zuckerzufuhr unter die Norm sinkt. Bei den psychisch-alterierten Patientinnen dagegen haben sich keinerlei charakteristische Befunde ergeben. Die Zuckerwerte waren im allgemeinen normal und stiegen nur in zwei Fällen über 0,1%. (*Frankfurther.*)

Libert (281): Die „Interprétation délirante" besteht in falschen Induktionen und Deduktionen, die an eine wirkliche Wahrnehmung, eine exakte Tatsache anknüpfen und dahin führen, daß diese eine ihr an sich nicht innewohnende persönliche Bedeutung für den Kranken annimmt, der dann weiterhin unaufhaltsam getrieben wird, alles auf sich zu beziehen. Bei dieser krankhaften Ideenassoziation spielt der Affekt eine gewisse Rolle, Illusionen und Halluzinationen fehlen, ein Punkt, der besonders aufmerksam berücksichtigt werden muß. Die Verff. führen aus, daß falsche Interpretationen auch beim normalen Menschen vorkommen können, daß sie ferner auf der ganzen Stufenleiter, die von der Norm bis zur beginnenden Geisteskrankheit führt, beobachtet werden und schließlich auch den Kern ausgesprochener Geistesstörungen zu bilden vermögen. Das Normale geht fließend in das Krankhafte über, scharfe Grenzen zu ziehen ist nicht möglich; es gibt keinen fundamentalen Unterschied zwischen dem normalen und pathologischen Gedanken. Die pathologischen Eigenbeziehungen im oben angegebenen Sinne können eintreten:



1. episodisch im Verlauf verschiedener Geisteskrankheiten,

2. als richtiges Syndrom bei akuter Psychose, wobei sie in großer Zahl auftreten, während Sinnestäuschungen fehlen oder nur ganz vereinzelt vorkommen. Dieses Syndrom ist aber nicht pathognomonisch für irgendeine Krankheit, ist prognostisch nicht zu verwerten, stellt vielmehr nur ein sehr charakteristisches, symptomatisches, klinisches Krankheitsbild dar,

3. als primordiales Symptom einer gut definierten und streng abgegrenzten Krankheitseinheit, des „délire d'interprétation".

Halberstadt (191) bespricht einen Fall von systematisiertem Irresein bei einer Degenerierten, unter besonderer Hervorhebung derjenigen Momente, die auf die Degeneration hinweisen und dadurch differentialdiagnostisch und prognostisch ins Gewicht fallen. Zu diesen gehört die nachweisbare geistige Debilität, die Konstanz der Wahnideen, die wohl etwas Systemartiges an sich haben, jedoch infolge Mangels an Interpretationen und Sinnestäuschungen doch zu keinem eigentlichen System führen, endlich eine auffallende Lebhaftigkeit der Einbildungen mit entsprechender Neigung zur Fabulation. Letztere verleihen dem Krankheitsbild das charakteristische Gepräge. Diese Kranken sind durchaus nicht selten und begreiflicherweise zumeist dauernder Anstaltspflege bedürftig.

Libert und **Demay** (282) geben die ausführliche Krankengeschichte und Analyse eines Falles von „délire d'interprétation". Sie treten der von Sérieux und Capgras entwickelten Anschauung bei, nach der es sich um eine selbständige Psychose handelt, und zwar um eine paranoische Konstitution, charakterisiert durch fehlende Selbstkritik und egozentrische Gefühlsbetonung. Irgend ein stark erregendes Ereignis gibt zunächst den Anlaß zu Vermutungen. Die Kranke legt dem eine persönliche Bedeutung bei, und es folgt dann die „Interprétation". Diese erstreckt sich im Gefolge immer weiter und zieht immer mehr Ereignisse und Tatsachen in ihren Bereich. Eine gewisse Rolle spielt hierbei auch die Fabulation, die indes nur dazu dient, um irgend einen Umstand genau zu detaillieren. Selbst in dem Fall, wo die Fabulation scheinbar das ganze Krankheitsbild beherrscht, hat die Psychose von der Interpretation ihren Ausgang genommen. Sinnestäuschungen traten niemals auf, auch nicht vorübergehend. Die intellektuellen Fähigkeiten sind, soweit es sich nicht um die Wahnideen handelt, intakt und nicht selten, wie auch im vorliegenden Falle, recht gut entwickelt; auch bestehen keine Störungen des Affekts.

Mac Kinlay (306 a) berichtet über einen Fall von systematisierter chronischer Paranoia bei einer Kranken mit den typischen Zeichen kongenitaler Syphilis. Ohne daß irgendwelche krankhaften Erscheinungen vorangegangen waren, trat eines Tages Blutbrechen ein, das sich mehrfach wiederholte und schließlich zum Tode führte. Als Todesursache ergaben sich bei der Sektion Ulzerationen an den varikösen Venae oesophageae; die Erweiterung der Venen war auf eine durch syphilitische Leberzirrhose bedingte Obliteration der Pfortader zurückzuführen.

Fillassier (148): Ein Fall von persistierender Angstpsychose, die sich an die Menopause angeschlossen hat, jedoch schon vorher — seit dem 32. Lebensjahre — in einzelnen kurzen Anfällen zum Ausdruck gelangte. Intelligenz, abgesehen von den mit der Krankheit einhergehenden Wahnvorstellungen, erhalten. Die Menopause hat bei der hereditär belasteten Patientin als Hilfsursache gewirkt. Es handelt sich demnach nicht um eine Evolutionsmelancholie. Ein manisch-depressives Irresein liegt nicht vor, weil es sich vielmehr um Angst- als Depressionszustände handelt (außerdem fehlen ja manische Zustände gänzlich (Ref.)).



Schlußfolgerungen **Zilocchis** (488): Für Psychosen ohne Bewußtseinsstörungen soll die Trägheit der Herzschläge, für Verwirrungszustände und schwere fortschreitende Zerstörungen des Nervengewebes soll die Zunahme der Pulsgeschwindigkeit charakteristisch sein.

Der Temperaturunterschied zwischen gleichartigen Körperteilen sei bei Geisteskranken bedeutender als bei Gesunden. (*Audenino.*)

Sanguineti (395) betrachtet die Schlaflosigkeit für eine Autointoxikation und für häufige agrypnische Stimulantia die Körper der purinischen Gruppe. Er sah bei schlaflosen Kranken eine Vermehrung im Urin der Harnsäure und Purinbasen, welche dahingegen bei den Hypnotischen zurückgehalten wurden. (*Audenino.*)

Antheaume und **Trepsat** (12): Der kasuistische Beitrag betrifft eine Kranke, bei der zwei Syndrome vergesellschaftet erscheinen: das Bild einer typischen periodischen Psychose mit dem Bilde des délire d'imagination systématisé (Dupré et Logre). Es handelt sich um ein manisch-depressives Irresein mit zirkulärem Verlauf, das sich während der Menopause entwickelt hat. Die manischen Perioden sind durch Euphorie, Ideenflucht und motorische Erregung, die relativ weniger intensiven depressiven Phasen durch Verfolgungs- und hypochondrische Vorstellungen, Lebensüberdruß usw. gekennzeichnet; in den Größenideen der Kranken lassen sich nun außerdem die charakteristischen Züge des délire d'imagination erkennen. Weder Gesichts- noch Gehörshalluzinationen liegen diesen zugrunde, es handelt sich vielmehr um rein mythomanische Erfindungen ohne Überlegung, ohne Interpretation. Diese nicht der Manie eigentümlichen Größenvorstellungen treten während der depressiven Intervalle zurück, ohne jedoch ganz aufgegeben zu werden. Verff. weisen darauf hin, daß es sich in solchen Fällen um nachweislich schwer degenerierte Individuen handelt mit dem Typ des „déséquilibre imaginatif". Die manische Periode als solche ist wohl geeignet, die diesem letzteren eigentümlichen klinischen Erscheinungen an den Tag zu bringen, von denen der Kranke in der Folgezeit sich dann nicht mehr zu befreien vermag, so daß er dann auch in den sogenannten luciden Intervallen im Gegensatz zum Verhalten der rein periodisch Erkrankten nicht zu einer vollen Krankheitseinsicht gelangt.

Die von **Halberstadt** (192) beschriebene Kranke befindet sich im psychischen Endstadium der Dem. praec. Sie bietet die ausgesprochenen Erscheinungen gemütlicher Indifferenz, Urteilsschwäche, Intelligenzdefekt, episodischen Negativismus usw. Auch die Merkfähigkeit und das Gedächtnis sind deutlich geschwächt. Eine Eigentümlichkeit der Kranken besteht darin, daß sie beständig Multiplikationen größerer und kleinerer Zahlen ausführt, schriftlich und mündlich. Sie macht dabei nur sehr selten und unwesentliche Fehler, obwohl sie sechsstellige Zahlen miteinander multipliziert. Eine Hypermnesie besteht insofern, als die Patientin in ihrem Gedächtnis eine beträchtliche Anzahl dieser Multiplikationsergebnisse verwahrt, so daß sie gelegentlich bei einer Aufgabe die sofortige richtige Antwort bereit hat. Es handelt sich dabei nicht etwa um ein sehr rasches Ausrechnen, sondern, wie gesagt, um Resultate, die sie auswendig wußte; auch hierbei handelt es sich oft um größere Zahlen (z. B. 1875 mal 1875). Besonders hervorzuheben ist, daß Patientin bei dem beständigen multiplizieren fast stets mit den Ziffern wechselt, immer neue Zahlen vornimmt, also nicht etwa in denselben Aufgaben perseveriert, und daß somit die Fähigkeit des Ausrechnens solcher Aufgaben erhalten ist trotz einer im übrigen vorgeschrittenen Demenz. Die Beschäftigung mit diesen Multiplikationen hat sich angeschlossen an die Mitteilung vom Tode des Vaters, die bei der Kranken die Wahnvorstellung,

eine große Erbschaft gemacht zu haben, entstehen ließ. Im Laufe der langen Zeit hat sich dann die beschriebene Fähigkeit des Multiplizierens (und zwar nur diese) ungewöhnlicherweise konserviert. Der Fall beweist, wie wesentlich sich die verschiedenen Formen und Grade der Demenz voneinander unterscheiden können.

Seglas und **Dubois** (413) teilen folgende Krankengeschichte mit: Eine über 40jährige Frau litt seit zwei Jahren an wirklichen Schmerzen, die auch gynäkologisch behandelt wurden, erkrankte dann an einem Depressionszustand, in dem sie hauptsächlich seufzte und stöhnte und hypochondrische Ideen äußerte. Es folgte dann eine fast ein Jahr anhaltende Periode stereotyper Bewegungen, Worte und Klagen, die das gesamte Krankheitsbild ausmachten, bis plötzlich eines Tages die Heilung eintrat. Sonst bestanden keinerlei Anzeichen für Hysterie in der Vorgeschichte, und alle psychotherapeutischen Versuche und Suggestionen waren erfolglos geblieben. Außer diesem Falle werden noch zwei chronische Fälle von „Seufzern" mitgeteilt, von denen der eine als Involutionspsychose, der andere als Melancholie aufzufassen war. (*Frankfurther.*)

Rémond und **Sauvage** (374) beobachteten einen Fall, der nach einem anscheinend geringfügigen Eisenbahnunfall, einem leichten Stoß mit dem Puffer, psychisch erkrankte und das Bild einer Verwirrtheit bot. Es handelt sich wahrscheinlich um wichtige zelluläre Veränderungen, wie sie auch in einem Falle vorlagen, der nach leichtem Trauma, das die Lendenwirbelsäule betraf, an progressiver aufsteigender Atrophie der Vorderhornzellen erkrankte. Es besteht in diesen Fällen ein beträchtliches Mißverhältnis zwischen Schwere des Unfalls und Schwere der Erkrankung, ohne daß darum Simulation oder Aggravation vorzuliegen brauchen. (*Frankfurther.*)

Drenkhahn (124): Fall von reiner Anarithmie, d. h. von isoliertem Verlust des Verständnisses für unbekannte Zahlen nach Commotio cerebri. (*Sossinka.*)

Bei dem von **Rorschach** (385) berichteten Falle dient wie so häufig die Musik als Sublimierungsmittel gegen die Sexualität. Eine Zeitlang genügte sie diesem Zweck, dann aber „blickte durch die Decke, die die Musik über die verdrängte Sexualität breiten sollte, diese letztere selber an allen Ecken hervor". Der Patient, der wegen unsittlicher Handlungen (Betastung und Koitusversuch), begangen an 10—14jährigen Mädchen psychisch begutachtet werden sollte, wurde als Neurotiker mit vorwiegend infantiler Sexualität erkannt, worauf ihm eine beträchtliche Strafmilderung zuerkannt wurde. Den Anlaß zur Verdrängung der Sexualität hatte die Einstellung der Libido auf die jüngste Schwester Marie gegeben. Von einer Traumfigur ausgehend assozierte er unter anderem „Euryanthe von Weber". Auf die Vornamen des Komponisten (Karl Maria) konnte er sich nicht besinnen. Der Grund des Vergessens ist ein letztes Ausweichen vor dem Namen Marie, auf den alle Assoziationen hinzielten.

Benon und **Bonvallet** (32) geben die kurze Krankheitsgeschichte eines chronischen Alkoholisten, der häufige Delirien gehabt hatte, dann an zweimaligem Schlaganfall und rechtsseitiger Jacksonscher Epilepsie erkrankte. Mit der abnehmenden Häufigkeit der Anfälle und Besserung des Allgemeinbefindens entwickelte sich ein bis zur Tobsucht sich steigernder Erregungszustand. Nach 2 Tagen klang die Erregung ab zu einem lediglich hypersthenischen Zustand, der in einem Monat zur Heilung kam. Verf. sehen in diesem Verlauf die Bestätigung, daß die hypersthenischen Erscheinungen wahrscheinlich eine Folge der intensiven asthenischen Zustände sind.

Friedmann (158) berichtet über drei neue Fälle von gehäuften nichtepileptischen Absencen im Kindesalter; im ganzen liegen nunmehr 11 Beob-



achtungen vor, 2 von Heilbronner, 2 von L. Mann, die übrigen vom Verf. Es handelt sich stets um gehäufte und leichte Absencen bei sonst gesunden Kindern, die, außer den Anfällen, kein nennenswertes abnormes Symptom bieten. Die Anfälle sind von kurzer Dauer, die sie begleitende Bewußtseinsstörung unerheblich. Sie sind von keinen oder nur leichten krampfhaften Bewegungen begleitet, die Haltung ist schlaff. In drei Fällen traten die Anfälle auch nachts ein; bei einem auch Schlafzustände am Tage mitten während des Spielens. Verf. legt ausführlich die Gründe dar, die annehmen lassen, daß keine Beziehung dieser Anfälle zur Epilepsie bestehe; andererseits freilich ist die Genese des Leidens noch dunkel. In einzelnen Fällen trat das hysterische Element deutlich hervor, ferner spielen nervöse Gehirnübermüdung und vor allem Spasmophilie (L. Mann) wohl eine wesentliche Rolle, endlich noch ein unbekanntes Moment, welches vasomotorische Schwankungen oder plötzliche Hemmungen im Gehirn befördert. Von wesentlicher Bedeutung ist die Prognose dieser Anfälle, die im Gegensatz zur Epilepsie eine günstige ist; es kommt nicht nur zu keiner typischen Herausbildung von ausgesprochenen und dauernd sich wiederholenden Krampfanfällen, sondern in der Regel scheint schließlich vielmehr Heilung noch vor der Pubertät zu erfolgen. Das Krankheitsbild bedarf natürlich nach vielen Richtungen hin noch weiterer Klärung, vor allem sind längere Beobachtungszeiten notwendig.

Die Beobachtung von **Benon** und **Froger** (33) betrifft einen 14jährigen stark belasteten, schwächlichen Jungen, der im Anschluß an die nächtlicherweile betriebene Lektüre von Zauberbüchern an einem akuten Zustand von Halluzinationen des Gesichts und Gehörs und ängstlicher Erregtheit erkrankte, der einmal von angenehmen Sinnestäuschungen für kurze Zeit unterbrochen wurde. Keine eigentliche Verwirrtheit, nur Ablenkung der Aufmerksamkeit entsprechend der Intensität der Sinnestäuschungen. Die ganze Krankheit dauerte etwa 3—4 Wochen und ging in Heilung über. Der Kranke konnte über seine Sinnestäuschungen klar berichten. Verff. sind geneigt, die erwähnte Lektüre als Ursache zu betrachten, und halten die Heranziehung eines — im übrigen unbekannten — toxischen Agens nicht für angebracht.

Kreuser (245): 1. Fall: „Melancholie“. Genesung nach 3 bis 4jähriger Dauer. 2. Fall: zunächst „akute Verwirrtheit“, später „Manie“ mit „paranoiden Zügen“. Nach 7 Jahren Besserung, nach weiteren 3 Jahren Genesung. 3. Fall: von zunächst vorübergehender Depression, dann schwerer „Manie“. Genesung nach 7jähriger Dauer. (*Sossinka.*)

Petit (341): Während der Sonnenfinsternis zeigten die meisten Kranken, deren Intelligenz wenig beeinträchtigt war, Interesse und Neugier; jene, deren Geistesniveau beträchtlich tiefer stand, sei es vorübergehend oder dauernd, blieben gleichgiltig oder nahmen von dem Phänomen überhaupt keine Notiz; jedoch behielt eine gewisse Anzahl an Dementia praecox Leidender das Ereignis genau im Gedächtnis, obwohl sie dem Anschein nach ihm gegenüber sich ganz indifferent gezeigt hatten. Bei einer großen Anzahl von Kranken mit chronischen Wahnbildungen rief die Finsternis verschiedene Wirkungen hervor, teils im Bereich des Affekts, teils in Gestalt einer Veränderung der krankhaften Einbildungen und des motorischen Verhaltens.

Kreuser (247) stellte fest, daß jenem Erdbeben hinsichtlich seiner psychischen Wirkungen ein so schlimmer Einfluß nicht zukommt, wie er ihm da und dort beigelegt werden wollte. (*Sossinka.*)

Kreuser (246) betont, daß keine einzige Form von Geisteskrankheit durch ihr Verhalten zur Religion ausschließlich oder auch nur vorzugsweise



gekennzeichnet wird, und weiterhin, daß keineswegs jedes Hervortreten der Selbstempfindung in den Beziehungen zur Gottheit in das Gebiet der krankhaften Störungen des Seelenlebens verwiesen werden darf. In sympathischer Weise vertritt der Autor wohlbegründetermaßen den Standpunkt, daß der Psychiater und der Theologe Hand in Hand gehen soll zum Wohle der Kranken. (*Sossinka.*)

Kürbitz (252) geht zuerst auf die engen kulturgeschichtlichen Beziehungen zwischen Schrift, Sprache und Malerei ein und unternimmt dann den Versuch, analog den psychiatrischen Ergebnissen bei Schrift und Sprache, auch die Zeichnungen Geisteskranker in Beziehung zu ihrem sonstigen klinischen Verhalten zu bringen. Zunächst werden die Reproduktionen nach Vorlage behandelt, wobei man bei den Dementia-praecox-Kranken Hemmungen, Inkohärenz usw. antrifft; bei Manischen läßt sich auch in Zeichnungen die Trias: motorische Erregung, gehobene Stimmung und ideenflüchtiger Gedankenaustausch konstatieren; dabei ist zu betonen, daß ihre mannigfachen Ausschmückungen stets von einem geordneten, sinnvollen Gedanken beherrscht sind, ihre Aufmerksamkeit noch eine gute ist, im Gegensatz zu den erregten Katatonikern, bei denen alles bunt und verworren durcheinander geht, völlig übereinstimmend mit ihrem übrigen Verhalten. Demente sind oft mehr oder weniger unfähig zur Reproduktion, entsprechend den geistigen Defekten, die sie haben.

Waren nun schon durch das Kopieren weitgehende Parallelen zwischen klinischem Bild und zeichnerischem Produkt unverkennbar, so läßt sich das a priori noch viel mehr bei Spontanzeichnungen erwarten; und auch hierfür bringt Kürbitz in den beigefügten Abbildern die Beweise.

Zwei Punkte sind dabei noch von besonderem Interesse: einmal findet man eine Verwechslung von Profil und enface und sodann werden noch Dinge zur Darstellung gebracht, die nicht gesehen werden können (z. B. Stellen auf dem Rücken usw.); Kürbitz stellt diese beiden Erscheinungen im Vergleich mit den entsprechenden Befunden bei den Zeichnungen von Kindern und Naturvölkern und erklärt sie psychologisch als Vorstellungsbilder, im Gegensatz zu den Zeichnungen, bei denen nur das tatsächlich gesehene Objekt wiedergegeben wird. (*Autoreferat.*)

Jaspers (220) nennt uns Mittel der phänomenologischen Analyse und Festlegung dessen, was Kranke wirklich erleben. Dreierlei Arten: Erstens die Versenkung in Gebahren, Benehmen, Ausdrucksbewegungen; zweitens die Exploration mit ihrer Befragung und der von uns geleiteten Auskunft der Kranken über sich selbst; drittens die schriftlich niedergelegten Selbstschilderungen. Die Phänomenologie hat es nur mit wirklich Erlebtem und mit Anschauungen zu tun, nicht mit irgendwelchen Dingen, die dem Seelischen zugrunde liegend gedacht, die theoretisch konstatiert werden. (*Sossinka.*)

Maier (293) kommt auf Grund sorgfältig durchgearbeiteter Statistiken zu dem Resultat, daß der Prozentsatz der wegen psychischer Defekte in den letzten 9 Jahren militäruntauglichen jungen Leute in der Schweiz 2,01 % beträgt. Diese Verhältniszahl dürfte sich unter Berücksichtigung verschiedener Fehlerquellen und der meist erst nach dem Rekrutierungsalter ausbrechenden erworbenen Psychosen für den Durchschnitt der erwachsenen Bevölkerung noch um $^1/_4$—$^1/_2$ % erhöhen; es betrüge also die Häufigkeit psychischer (angeborener und erworbener) Störungen bei Erwachsenen ca. $2^1/_4$—$2^1/_2$ %, d. h. es kommt ein psychisch Abnormer auf ca. 40—45 Gesunde. (*Sossinka.*)

v. Leupoldt (275): Der Diktatversuch bietet die Möglichkeit, verschiedene Störungen der Arbeitsfähigkeit im einzelnen sowie in ihren Beziehungen zu-



einander aufzudecken. Es kann sogar geschehen, daß er sämtliche psychologisch-charakteristischen Merkmale einer psychischen Störung zum Ausdruck bringt und dazu beiträgt, in Ergänzung der klinischen Beobachtung die Intensität der psychischen Störungen objektiv darzustellen. (*Sossinka.*)

Rossolimo (389) will, daß zur Charakteristik der verschiedenen intellektuellen Defekte bei Kindern die Eigenschaften aller Bestandteile des Profils in Betracht gezogen werden(?). Das Profil wird durch folgende Formel ausgedrückt: Pa — die mittlere Höhe des Profils ist gleich (t — psychischer Tonus + ap — Merkfähigkeit + as — Assoziationsprozesse) + 0% — Prozentsatz der Vergeßlichkeit, d. h. je niedriger der Intellekt ist, desto niedriger muß die mittlere Höhe des Profils sein, desto höher der Prozentsatz der Vergeßlichkeit(?). (*Sossinka.*)

Sommer (426) kommt zu dem Schluß — nachdem er eingehend besprochen, in welcher Weise bei der Intelligenzprüfung methodisch vorzugehen ist —, daß eine exakte Untersuchung der Intelligenzfunktionen nicht nur für die klinische Psychiatrie im allgemeinen, sondern auch für die forensische Psychiatrie unumgänglich notwendig ist. Das beste Hilfsmittel hierzu ist eine exakte psychophysiologische Methodik. (*Sossinka.*)

Siefert (418): Die Untersuchung erstreckte sich auf 1057 Zöglinge, und zwar:

128 schulpflichtige Mädchen = 12%,
197 schulentlassene Mädchen = 19%,
516 schulpflichtige Knaben = 49%,
216 schulentlassene Knaben = 20%.

Aus der sehr lesenswerten Arbeit kann im Rahmen einer kurzen Besprechung leider nur andeutungsweise einiges wiedergegeben werden, so z. B. der Satz, daß, so wenig eine schlechte Umgebung notwendig degenerierende Wirkungen enthalten muß, ebensowenig eine gute Umgebung unter allen Umständen günstige Ergebnisse zeitigt, ja sie kann nicht einmal immer verhindern, daß vorher nicht erkennbar gewesene bedenkliche Erscheinungen während ihrer Wirksamkeit erst zum Vorschein kommen. Ferner der Satz: Zerbrochen liegt die Auffassung von einer im Schlimmen selbst schöpferischen, generell wirkenden und notwendig zwingenden Milieukraft; völlig in sich zusammengebrochen ist die Schwachsinnshypothese, als unzureichend erweist sich eine diese beiden Faktoren verbindende Theorie, als unhaltbar auch ergibt sich die Annahme einer irgend gesetzmäßig greifbaren, im Guten selbstschöpferischen und durch unmittelbar persönliche Übertragung menschenwandelnden Erziehungskraft. Immer sind es nur die Menschen selbst, in deren Brust ihr Schicksal liegt; ihre Art zu sein und zu werden, ihre Form zu fühlen und zu reagieren, ihre Fähigkeit, die Eindrücke aus der Umgebung aufzunehmen und das Aufgenommene im Guten oder Bösen selbständig zu verarbeiten oder aber sich äußeren Einflüssen gegenüber im Guten oder Schlimmen ablehnend zu verhalten, sind das eigentlich Maßgebende. Autor betont nachdrücklichst die unbedingte Notwendigkeit psychiatrischer Mitarbeit in allen einschlägigen Fragen. (*Sossinka.*)

Shute (416) fand die früher von Mittenzweig (Hirngewicht und Geisteskrankheit, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62) gemachten Beobachtungen, daß das Hirngewicht bei Geisteskrankheiten niedriger ist als in der Norm, bei organischen Hirnkrankheiten sogar sehr erheblich unter dem bei Gesunden vorkommenden Mindestgewicht zurückbleiben kann, an einem Material von 300 Gehirnen nur zum Teil bestätigt. In allen Fällen, die der Dementia-praecox-Gruppe angehören, notierte Verf. ein Hirngewicht, das höher war als der von Marchand angenommene normale Durchschnitt (1400 g bei



Männern, 1275 g bei Frauen). Von hervorragender Wichtigkeit ist, wie Verf. betont, ein bisher vernachlässigter Faktor, nämlich das Verhältnis von Hirngewicht zur Schädelkapazität. Bestimmte Schlüsse kann Verf. aber aus den bisher gemachten spärlichen Beobachtungen über die Hirnatrophie bei Geisteskrankheiten noch nicht ziehen.

Scharpff (401): Die Gehirne von den an funktionellen Psychosen gestorbenen Menschen sind durchschnittlich etwas leichter als das von Marchand vorgefundene Mittelgewicht sowohl bei Männern als bei Weibern. Die Gehirne von an organischen Psychosen Verstorbenen stehen im Gewicht erheblich unter dem Mittel. (*Sossinka.*)

Krueger (248): Die Kopfmaße der im späteren Leben geistig Erkrankten unterscheiden sich nach seiner Zusammenstellung von denen der geistig Gesunden nicht. Die Kopfmaße der angeboren Schwachsinnigen weisen in der großen Mehrzahl der Fälle eine Verkürzung ihrer Maße auf. (*Sossinka.*)

Couchoud (101) hat Gelegenheit gehabt, einige der im Panjab als „Ratten des Shah Daula“ bekannten zahlreichen Mikrozephalen zu untersuchen, mit denen sich Ewens bereits 1903 ausführlich beschäftigt hat. Der Vergleich mit den Ratten rührt her von der äußeren Erscheinung: große, fast rechtwinklig abstehende Ohren bei stark verkleinertem abgeplatteten Schädel. Viele zeigen Strabismus internus, viele sind taubstumm, manche blind, einige mit choreaartigen Bewegungen behaftet. Epilepsie oder Kinderlähmung werden nicht beobachtet. Sie sind meistens von kleiner, zarter Statur, manche auch zwerghaft und sind sich untereinander außerordentlich ähnlich. In psychischer Beziehung sind sie zumeist Idioten oder Imbezille, bei denen das Sprachvermögen fehlt oder nur rudimentär ausgebildet ist. Affekte fehlen fast gänzlich. Die Sexualfunktionen können normal sein. Über die Herkunft dieser dem Shah Daula, einem muselmännischen Heiligen, geweihten „Ratten“ herrscht noch keine Sicherheit. Das Gerücht, als ob es sich um künstlich deformierte Schädel handle, entbehrt jeder Begründung; nach Ewens Untersuchungen handelt es sich vielmehr um entweder von der Mutter oder vom Vater herstammende Heredität, künstlich herbeigeführt durch die Priester des Sanktuarismus, die sich mikrozephalischer bzw. schwachsinniger Väter oder Mütter zu eigennützigen Zwecken bedienten, um „Ratten“ zur Welt bringen zu lassen, wenn die ihnen gewährten Spenden nicht den gewünschten Umfang hatten.

Nickell (323): Im Gegensatz zu anderen Statistiken relativ sehr niedrige Prozentzahlen. Bei 280 Männern 70 = 25% und bei 200 Frauen 33 = 16,5% mit Ohrmuschelanomalien. (*Sossinka.*)

Wenn auch die Errungenschaften der physiologischen und pathologischen Chemie es bisher ebensowenig wie die anatomische Forschung vermocht haben, Licht in das eigentliche Wesen der Psychosen zu bringen, so lehrt doch die Arbeit **Geissler's** (168), daß die Stoffwechseluntersuchungen bei Geisteskranken von nicht zu unterschätzender Bedeutung sind. Ich muß es mir mit Hinblick auf das Mißverhältnis zwischen der Fülle der mitgeteilten Tatsachen und dem hier zu Gebote stehenden Raum versagen, auf Einzelheiten einzugehen, und beschränke mich daher darauf, das Gesamtresultat, zu dem Verf. auf Grund seiner eigenen Untersuchungen sowohl wie eines umfangreichen Literaturstudiums gekommen ist, wiederzugeben:

„Überblicken wir die Fülle von engen Wechselbeziehungen zwischen Gehirn und Körperfunktionen und den dem Stoffwechsel dienenden Organen und rekapitulieren wir andererseits die bei den einzelnen Psychosen erwähnten Kardinalsymptome — Störungen des



Blutdrucks und Wasserhaushalts sowie der Körpertemperatur und je nach der Lokalisation Polyurie und Anurie bei Epilepsie, die Häufigkeit ausgesprochener Erkrankung des Vorderhirns als Sitz der vasomotorischen, sekretorischen und thermischen Zentren bei Paralyse, die vasomotorischen und respiratorischen Störungen bei Angstpsychosen, die Albuminurie und Glykosurie, Indikan- und Azetonausscheidungen —, so können wir den Einfluß, den die Erkrankungen des Gehirns, — als solche müssen wir die psychischen Störungen auffassen, — auf den Chemismus des Organismus haben, nicht mehr verkennen.

Und zwar müssen wir dann annehmen, daß entweder durch die Erkrankung des Gehirns von diesem die schädlichen Zwischenprodukte gebildet werden oder indirekt durch eine Erkrankung der Rinde als des Zentralregulationsorgans für Organ- und Stoffwechselstörungen im Organismus diese gebildet werden.

Welches ist nun aber die Ursache der krankhaften Funktion des Gehirns, durch welchen materiellen Prozeß wird sie zu dieser pathologischen Tätigkeit veranlaßt, da wir als Fazit unserer Betrachtungen eine primäre Ursache doch in den Stoffwechselprodukten nicht sehen konnten?

Die Antwort kann nur das weitere objektive Studium der Gehirnpathologie, der physiologischen und pathologischen Biochemie erbringen.

Eingehende jahrelange systematische Untersuchungen, namentlich an frischen Fällen, wo wir am ehesten Aufschluß erhoffen dürfen, werden dafür nötig sein."

Marie und **Parhon** (302): Histologische Untersuchungen der Glandula thyreoidea (bzw. parathyreoidea), der Testikel, Milz, Nieren (bzw. Nebennieren), des Pankreas, der Leber bei je einem Falle von Dem. alkohol., Dem. praec., Dem. sen. mit Absynthismus, Dem. tabica, Dem. paral. mit Albuminurie, Dem. paral. mit Saturnismus und Gehirnsyphilis. Unter den bei Geisteskranken, insbesondere den mit Demenz verbundenen Fällen, sehr häufig vorkommenden Veränderungen interessieren besonders diejenigen der Glandula thyreoidea; diese scheinen beim Alkoholismus konstant zu sein (Sklerose, Erweiterung der Follikel mit Zystenbildung u. a. m.), bei der Dem. praec. jedoch weniger ins Gewicht zu fallen, obwohl sie hier noch durchaus des weiteren Studiums bedürfen. Bei der Dem. sen. sind Erweiterung der Follikel mit Anhäufung von Kolloidsubstanz sowie zahlreiche lipoide Granulationen anscheinend besonders häufig. Bei der Dem. tab. wurde deutliche Sklerose und teilweise Erweiterung der Follikel festgestellt, letztere insbesondere auch bei einem Fall von Gehirnsyphilis. Die Veränderung der anderen Drüsen müssen im Original nachgelesen werden (nicht alle wurden bei jedem Fall untersucht). Verff. ziehen zum Vergleich die Befunde anderer Autoren heran und betonen deren Wichtigkeit, jedoch auch die Notwendigkeit weiterer umfassender Untersuchungen. Die Veränderungen können, so schließen sie, entweder vor Ausbruch der Psychose bestehen und für diese letztere den Boden bereiten, oder sie sind von derselben Ursache abhängig wie die Psychose, wobei natürlich nicht ausgeschlossen ist, daß sie auf letztere einen gewissen Einfluß ausüben. Endlich wäre auch denkbar, daß die Psychose die Funktionen der Drüse beeinflusse.

Agosti (3a) hat die Boutenkosche Reaktion bei 283 Kranken angestellt. Er fand die Reaktion unter 21 Fällen von progressiver Paralyse positiv bei 8 (38%), zweifelhaft bei 6 (28,5%), negativ bei 9 (33,3%); unter 262 verschiedenen Krankheitsfällen (Lues cerebri, Idiotie, Dementia praecox, Tabes dorsalis, Nervenkrankheiten usw.) positiv bei 26 (7,6%), zweifelhaft bei 46 (17,5%), negativ bei 196 (74,8%).



Verf. kommt zu folgenden Schlußsätzen:

Die Boutenkosche Reaktion darf für progressive Paralyse nicht als spezifische betrachtet werden.

Sie steht auch nicht mit der luischen Infektion in Zusammenhang. Deshalb glaubt Verf., daß die Boutenkosche Reaktion keine größere Bedeutung hat und sie durch besondere Stoffe bedingt ist, die im Harn bei metabolischen Vorgängen auftreten, aber zu keiner bestimmten Krankheit in Beziehung steht. (*Audenino.*)

Fornaca (154a) stellte fest, daß die Resistenz der Leukozyten bei den Geisteskranken im allgemeinen gesteigert ist, besonders bei der Epilepsie (nicht während der Krisen) und beim moralischen Irresein, bei der Idiotie, in den Exzitationsperioden des manisch-depressiven Irreseins und der senilen Demenz.

Die Resistenz ist fast normal bei der Dementia praecox und bei der Imbezillität; vermindert in den marantischen Stadien der Psychose. (*Audenino.*)

Mita (313) hat 35 mit Depression oder Angst behaftete Kranke und 21 Kontrollpatienten auf Glykosurie untersucht und fand bei der ersten Gruppe im ganzen 8 mal Zucker, und zwar zweimal bei hysterischen psychopathischen Konstitutionen, zweimal bei Neurasthenie, zweimal bei zirkulärem Irresein und je einmal bei Dipsomanie und Melancholie; sonstige Symptome von Diabetes fehlten. Die Zuckermenge schwankte zwischen 0,01 und 1,05%. Verf. meint, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen den beiden Erscheinungen, der Glykosurie und den genannten Affekten als solchen, unabhängig von der Grundkrankheit, anerkannt werden müsse.

Das wichtigste Ergebnis der von **Boyd** (60) angestellten Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit Geisteskranker ist die Tatsache, daß eine Vermehrung der Lymphozyten nicht notwendig auf eine syphilogene Erkrankung des Zentralnervensystems schließen läßt. In einem Fall von nicht spezifischem Hirntumor fand sich eine enorme Lymphozytose, ebenso war eine Vermehrung nachweisbar in einigen Fällen von Epilepsie, Imbezillität und in elf Erkrankungen, die gewisse Züge gemeinsam haben und der Dementia-praecox-Gruppe am nächsten stehen. Verf. denkt an die Möglichkeit, daß diese letzteren Fälle eine besondere Klasse bilden könnten, was wenig wahrscheinlich ist, da sie fast ausnahmslos (die Krankheitsgeschichten sind in kurzen Zügen mitgeteilt) die charakteristischen Erscheinungen der Dementia praecox erkennen lassen. Zustände von Erregung scheinen ohne Einfluß auf den Zellgehalt des Liquors zu sein.

Chodźko (86) untersuchte die Zerebrospinalflüssigkeit bei 86 Geisteskranken und kam dabei zu folgenden Schlüssen: 1. Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit erlaubt, luische Psychosen und die Dementia paralytica von anderen organischen Psychosen und funktionellen Psychosen in der größten Mehrzahl der Fälle auf entschiedene Weise zu unterscheiden. 2. Das Differenzieren luischer Psychosen von der Dementia paralytica auf Grund der Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit ist nur in einem Teil der Fälle möglich. 3. Beim Differenzieren luischer Psychosen und organischer, wie funktioneller Psychosen bei Luikern gibt oft die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit keinen Aufschluß. 4. Bei der Differentialdiagnose zwischen organischen nichtluischen Psychosen und funktionellen Erkrankungen hat die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit keine entscheidende Bedeutung. (*Sterling.*)

Williamson (478) fand bei seinen Untersuchungen der Spinalflüssigkeit ein Ferment, das dem normalen Liquor fehlt, und dessen Vorhandensein



auf einen lokalen pathologischen Reiz schließen läßt. Es handelt sich um ein Ferment, das imstande ist, Glykol-Tryptophan in seine beiden Komponenten zu spalten. Die Probe wird folgendermaßen angestellt:

5—10 ccm Liquor werden in einem Reagenzglas mit 1 ccm Glykoltryptophanlösung vermischt, mit Toluol bedeckt und für 24 Stunden einer Temperatur von 37° C ausgesetzt. Setzt man dann einer daraus entnommenen Probe tropfenweise eine Mischung von drei Teilen Bromwasser und fünf Teilen 10%igem Eisessig zu, so entsteht bei positivem Ausfall eine rosa oder lila Färbung, die bei vermehrtem Zusatz des Bromwassers wieder verschwindet und auf vorhandenes freies Tryptophan zurückzuführen ist.

Jede Spinalflüssigkeit, die eine positive Wassermannsche Reaktion ergab, enthielt dieses Ferment ohne Ausnahme.

Verf. gelangt zu dem Schluß, daß die Behandlung der Geisteskrankheiten mehr sein muß als eine palliative. Wir müssen uns mehr bemühen, das Übel bei seiner Wurzel zu fassen.

Philips hat die untersuchten Fälle in Tabellen zusammengestellt. Es zeigt sich, daß die Spinalflüssigkeit von Paralytikern, Alkoholisten und anderen Kranken mit akuten und progressiven Symptomen eine positive, die von Kranken mit chronischen nichtprogressiven Erscheinungen in der Mehrzahl der Fälle eine negative Fermentreaktion aufweist. Verf. hat mit der Noguchi-Reaktion gute Erfahrungen gemacht. Sie ist einfach, verläßlich und in Übereinstimmung mit der Wassermannschen.

Kafka (229) kommt auf Grund seiner Untersuchungen über die Fermentwirkung des Liquor cerebrospinalis zu folgenden Schlüssen:

Der Liquor kann auch ohne Erkrankung des Zentralnervensystems fermentativ wirken; er kann das diastatische und antitryptische, wohl auch das lipolytische Ferment enthalten, und zwar meist in viel geringerer Menge als das Blutserum (etwa 1:10).

Bei Erkrankungen des Zentralnervensystems ist der Fermentgehalt höher. Bei der progressiven Paralyse sehen wir am häufigsten die höchsten Zahlen für das lipolytische und diastatische Ferment; bei der Dementia praecox, beim chronischen Alkoholismus, bei organischen Nervenerkrankungen mit starkem Abbau ist der Gehalt an diastatischem Ferment gesteigert, bei den luischen Erkrankungen des Zentralnervensystems wirkt besonders das lipolytische Ferment.

Im Blutserum scheint der Fermentgehalt mehr von außerhalb des Nervensystems gelegenen Erkrankungen abhängig zu sein.

Die Fermentuntersuchungen des Verf. bilden keine Stütze für die Transsudationstheorie des Liquors sondern mehr für die Sekretionslehren.

Nizzi (325): Stoffwechseluntersuchungen bei einem Falle von manisch-depressivem Irresein und vier Fällen von Dementia praecox. Aus den Darlegungen des Verf., die sich im einzelnen dem Referate entziehen, resultiert, daß der Stickstoff- und der Phosphorstoffwechsel bei der Dementia praecox ein verschiedener ist, je nachdem sich die Krankheit im akuten oder chronischen Stadium befindet. Der Lezithin- und Fettumsatz ist in beiden Perioden der Krankheit mehr oder weniger vermindert.

Disen (122) führt die Disposition zur Tuberkulose und zur Geisteskrankheit auf Kalkmangel zurück und macht entsprechende therapeutische Vorschläge.

Pförtner (344): Es handelte sich beim Jugendirresein in der Hauptsache um eine Alteration des myeloiden und weniger des lymphatischen Gewebsystems. Wie diese Toxine im Körper entstehen, läßt sich zurzeit nicht sagen. (*Sossinka.*)



Kastan (233): Von 17 Imbezillen und Idioten zeigen 11 eine erhebliche Herabsetzung des Adrenalingehaltes im Blutplasma, 3 eine mäßige Verringerung, und nur 3 erreichen die Normalwerte. (*Sossinka.*)

Pfeiffer und **Albrecht** (342) weisen darauf hin, wie auf der einen Seite eine Reihe von Umständen für die pathogenetische Bedeutung der geschilderten Harngiftigkeit zu sprechen scheint, auf der anderen Seite aber trotz der Verschiedenheit der klinischen nervösen Krankheitsphänomene eine auffällige Übereinstimmung pathogenetischer Vorgänge, nämlich das Bestehen eines parenteralen Eiweißzerfalls nicht von der Hand gewiesen werden darf. Bei dieser Auffassung müßte er als die nächstliegende Folge der die Krankheit erregenden Ursache betrachtet werden und wird zunächst mit Veranlassung für eine Reihe von nervösen Symptomen sein. In dieser Betrachtung würden nervöse (einschließlich psychopathologischer) Phänomene bei den untersuchten Gehirnerkrankungen als Ausdruck toxischer Beeinträchtigung der Leistungen des zentralen Nervensystems durch parenterale Eiweißzerfallsprodukte erscheinen. (*Sossinka.*)

Kauffmann (234) gibt Praktikern einige Fingerzeige behufs Erkennung der Frühsymptome von Psychosen. (*Sossinka.*)

Enge (136) bespricht die Indikationen zur Einweisung eines Geisteskranken in eine geschlossene Anstalt, unterscheidet eine relative und absolute Indikation dabei. Erörtert weiterhin die Frage, ob öffentliche oder private Anstalt gewählt werden soll, erwähnt die erforderlichen Atteste und gibt praktische Ratschläge hinsichtlich der Durchführung des Transports. (*Sossinka.*)

Isserlin und **Lotmar** (218): Vorläufige Mitteilung. Zur Beobachtung kamen Fälle von Tabes, Hemiplegie, Dementia paralytica, Sclerosis multiplex, Paralysis agitans, Hysterie, Depressionszustände, Katatonie. (*Sossinka.*)

Maier (294) erscheint ein sehr wichtiges Postulat für den Ausbau der Fürsorge für Geisteskranke die Schaffung psychiatrischer Polikliniken in Verbindung mit den Anstalten und ihrer Besorgung durch deren ärztliches Personal, aber im übrigen mit möglichster räumlicher Trennung von denselben. (*Sossinka.*)

Siemens (419) bespricht die Unzulänglichkeit unserer zeitigen Anschauungen über die innerste Genese der psychischen Erkrankungen und fordert ein biologisches Forschungsinstitut. (*Sossinka.*)

Rows (392) berichtet über die Einrichtungen der Münchener und Gießener psychiatrischen Klinik. Er stellt sie als vorbildlich hin für zutreffende Reformen der englischen Irrenpflege, die sich noch allzusehr durch eine Art „Lehnstuhl-Sentimentalität" auszeichne, während man jenseits des Kanals fleißig arbeite und auf Grund der Forschungsresultate auch Erfolge in der Behandlung der Kranken erziele. Er weist besonders auf die Notwendigkeit hin, Geisteskranke schon im Beginne der Erkrankung in irrenärztliche Behandlung zu bringen, und bezieht sich dabei auf Sommer, der ihm angeblich gesagt hat, daß man in der Provinz Hessen infolge zweckmäßiger Behandlung der Psychosen in ihren allerersten Stadien in der Lage gewesen sei, den Bau einer neuen Anstalt in der Provinz noch auf Jahre hinauszuschieben. (Es liegt hier wohl ein Mißverständnis vor, da kaum anzunehmen ist, daß Sommer sich entsprechend geäußert hat. D. Ref.).

Orr (330) ist der Ansicht, daß die Assistenzärzte der Irrenanstalten in Groß-Britannien kein Interesse an der durch die „Medico-Psychological Association" inaugurierten Zeit und Geld raubenden Spezialausbildung in Psychiatrie haben, solange nicht mit dieser eine Erweiterung ihrer Rechte Hand in Hand geht. Verf., der offenbar auch zu den in England nicht



beliebten Leuten gehört, die ihre Augen „across the Channel" richten, stellt Vergleiche an zwischen den Rechten und Lebensaussichten der Anstaltsärzte in England und derer in anderen Ländern, die sehr zuungunsten Englands ausfallen. Er schließt seine Ausführungen mit der wohl nicht ganz berechtigten Klage, daß England, was Wissenschaft betrifft, „aus dem Rennen" ist. In der Tat scheint aber die Lage des Anstaltsarztes in England noch weniger beneidenswert zu sein als bei uns.

Jones (226) hat den Kongreß in Tunis mitgemacht. Er berichtet kurz über folgende dort gehaltene Vorträge:

Régis: Irrenfürsorge in den Kolonien.

Henry: Verbrecher in der Armee und ihre nationale Behandlung.

Dupré: Psychische Anomalien auf Grund von, bzw. in Verbindung mit Perversion der natürlichen Triebe (1. Selbsterhaltungstrieb, 2. Sexualtrieb, 3. Triebe altruistischer und sozialer Art).

Chavigny: Psychische und nervöse Komplikationen der Malaria.

Auf dem Heimweg besuchte Verf. das St.-Peter-Asyl in Marseille und St.-Anne-Asyl in Paris. Die dort empfangenen Eindrücke werden kurz skizziert.

Potts (359) bespricht die von Sante de Sanctis, Kraepelin, Binet und Abelson angegebenen Methoden zur Prüfung der Intelligenz schwachsinniger Kinder. Die hauptsächlichen Methoden Abelsons sind folgende:

Durchstreichen von Punktsätzen: Fünf Linien von Punkten in Sätzen von 3, 4 und 5 in beliebiger Ordnung. Das Kind soll die Vierersätze so schnell wie möglich durchstreichen.

Prüfung des Gedächtnisses für Sprichwörter: Sieben Sprichwörter, jedes etwas länger als das vorhergehende, müssen nachgesprochen werden.

Prüfung des Gedächtnisses für Aufträge: z. B. „Bringe das Buch, die Untertasse und das Federmesser auf den Gasofen, dann lege die Bürste neben den Löffel, dann gehe und öffne die Türe, setze dich dann auf den Lehnstuhl, schließlich stehe auf und lege die Streichhölzer, die auf dem Tisch liegen, in die Streichholzschachtel!"

Prüfungen mittels geometrischer Figuren: Abelson hat deren 18. Eine Woche lang hat sich das Kind im Erkennen eines Dreiecks, Quadrats, Kreises usw. zu üben. Dann wird ihm ein Papier vorgelegt, auf dem entsprechende Zeichnungen sind. Die Figuren, die in verschiedenen Farben gehalten sind, decken sich mehrfach. Das Kind erhält den Auftrag, eine der Figuren zu deuten, ohne die anderen zu berühren. Nach zweimaliger Wiederholung des Auftrags werden die Zeichnungen enthüllt, während gleichzeitig die Stoppuhr gestartet wird.

Verf. betont, daß oft das Verhalten eines Kindes bei der Intelligenzprüfung für diagnostische Zwecke wichtiger ist als die Prüfung selbst. Tredgold läßt die Versuchsperson eine verschlossene Tür öffnen, deren Schlüssel neben ihr an der Wand hängt. Ein intelligentes Kind wird den Schlüssel benutzen, ein defektes erklären, daß die Tür nicht aufgeht. Ein gutes Kennzeichen des Intelligenzdefekts ist auch das lange Beibehalten von Stellungen, zu denen aufgefordert wurde (Zunge herausstrecken usw.).



Idiotie, Imbezillität, Kretinismus.

Ref.: Dr. W. Fürstenheim-Michelstadt.

1. Allen, J. O., Our Imbecility. Lancet-Clinic. Oct. 5.
2. Alzheimer, Einiges über die auf Entwicklungshemmungen beruhenden Idiotieformen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 153. **(Sitzungsbericht.)**
3. Anton, G., Über die Formen der krankhaften moralischen Abartung. Beitr. z. Kinderforschung. Heft 99.
4. Apert et Bouillard, Juvénilisme pur. Gaz. des hopitaux. p. 1215. **(Sitzungsbericht.)**
5. Asbukin, D., Die Mikrozephalin Maschuta. Anthropologisch-psychologische und pathologisch-anatomische Untersuchung. Aerztekonf. d. Moskauer Univ. Nervenkl. 18. April.
6. Baildon, Francis J., Amaurotic Family Idiocy. The Liverpool med.-chir. Journ. No. 62. Juli.
7. Balteau, Marcel, Un cas de mongalisme infantile. Arch. de méd. des enfants. No. 5. p. 369.
8. Becker, Die Prognose der Imbecillität und Idiotie. Dtsch. Aerzte-Ztg. No. 13. p. 193.
9. Berliner, Demonstrationen aus dem Gebiete des angeborenen Schwachsinnes. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VII. p. 172. **(Sitzungsbericht.)**
10. Biehler, Mathilde de, Sur l'infantilisme. Arch. de méd. des enfants. No. 1.
11. Bircher, Eugen, Neandertalmerkmale bei Kretinen? Antwort auf die gleichnamige Arbeit von Finkbeiner (Schoenenberg) in Band 3, p. 501 dieser Zeitschrift. Zeitschr. f. Kinderheilkunde. Bd. IV. H. 3. p. 187.
12. Derselbe, Ein Beitrag zur Kenntnis der Schilddrüse und Nebenschilddrüse bei Kretinoiden, Kretinen und endemisch Taubstummen. Frankf. Zeitschr. f. Pathologie. Bd. XI. H. 2—3. p. 262.
13. Derselbe, Présentation d'une série de Crétins. Soc. suisse de Neurol. 1911. 29.—30. avril.
14. Blümcke, Krämpfe im Kindesalter, ihre Bedeutung und ihr ursächlicher Zusammenhang mit dem jugendlichen Schwachsinn. Zeitschr. f. die Behandlg. Schwachs. u. Epil. No. 12. p. 241.
15. Blüthner, G., Schwachbegabte an höheren Schulen. Eos. 8. 128.
16. Derselbe, Über moralisch schwachbegabte Kinder. ibidem. 176.
17. Bonnier, Pierre, La sollicitation bulbaire chez les arriérés. Compt. rend. Soc. de Biologie. T. LXXII. No. 22. p. 977.
18. Brissot, Maurice, Un idiot microcéphale; un arriéré physique et intellectuel. Arch. internat. de Neurol. 10. S. T. I. p. 184. **(Sitzungsbericht.)**
19. Bullard, William N., The Insanity of the Feeble-Minded. The Boston Med. and Surg. Journal. Vol. CLXVII. No. 25. p. 873.
20. Büttner, Georg, Über moralisch schwachsinnige Kinder. Eos. Vierteljahrsschr. f. die Erkenntnis u. Behandl. jugendl. Abnormer.
21. Cary, H. M., Feeble-Minded and Epileptic. Illinois Med. Journal. Sept.
22. Chotzen, F., Die Bedeutung der Intelligenzprüfungs-Methode von Binet und Simon für die Hilfsschule. Die Hilfsschule. Heft 6.
23. Derselbe, Die Intelligenzprüfungsmethode von Binet-Simon bei schwachsinnigen Kindern. Unter Wirkung von Dr. M. Nicolauer. Zeitschr. f. angew. Psychol. Bd. 6. H. 5—6. p. 411.
24. Cornell, W. S., Remediable Conditions in Feeble-Minded and Backward. Bull. Amer. Acad. of Medicine. Oct.
25. Dannenberger, A., Die Mikrokephalenfamilie Becker in Bürgel. Klinik f. psych. u. nervöse Krankh. Bd. VII. H. 1. p. 27.
26. Davidson, A., Mental Defectives. Australasian Med. Gazette. Oct. 12.
27. Dean, H. R., Idiocy and Congenital Syphilis. Brit. Journal of Childrens Disease. Sept.
28. Dittrich, Eberhard W., Syphilis as a Factor in the Abnormal Development of Children. The Amer. Journ. of Obstetrics. Jan. p. 154.
29. Doyle, M. P., Subnormal Child in School. Virginia Med. Semi-Monthly. March.
30. Dupouy, Raoul, Les enfants „arriérés". Considérations générales. Essai de classification. Physiologie pathologique. Traitement opothérapique et pratiques adjuvantes. La Presse médicale. No. 69. p. 706.
31. Derselbe, Les enfants arriérés. Journal de Méd. de Paris. No. 47. p. 895.
32. Derselbe, Un enfant arriéré: considérations physio-pathologiques. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 50. **(Sitzungsbericht.)**
33. Derselbe, Contribution à l'étude et au traitement des enfants „arriérés". Compt. rend. Acad. des Sciences. T. 154. No. 16. p. 1006. u. Journal de Méd. de Paris. No. 19. p. 374.
34. Eastman, Frederic C., and Rosanoff, Association in Feeble-Minded and Delinquent Children. Amer. Journ. of Insanity. Vol. LXIX. No. 1. July. p. 125.



35. Edson, A. W., Sickle, J. H. van, Mc Cready, E. B., How Far Shall Public School System Care for Feeble-minded? Bull. Amer. Acad. of Medicine. Aug.
36. Egenberger, R., Der schriftliche Ausdruck bei Schwachsinnigen. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 151.
37. Fernald, W. E., Annual Discourse: Burden of Feeble-Mindedness. Boston Med. and Surg. Journ. June 20.
38. Finkbeiner, Neandertalmerkmale bei Kretinen. Zeitschr. f. Kinderheilk. Originale. Bd. III. H. 5—6. p. 501.
39. Derselbe, Nochmals die Kretinenfrage. ibidem. Bd. IV. H. 3. p. 199.
40. Fortune, John, The Medical Examination of Backward Children in School. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 310.
41. Frey, Quatro cas de mongolisme. Soc. suisse de Neurol. 1911. 29.—30. avril.
42. Fürstenheim, W., Zur Lehre von der Wechselwirkung zwischen körperlicher und geistiger Schwäche im Kindesalter. Zeitschr. f. Krüppelfürsorge. Bd. V. H. 1. p. 10.
43. Gifford, H., Case of Juvenile Form of Family Amaurotic Idiocy. Ophthalmic Record. Nov.
44. Glogau, Otto, The Condition of Nose, Throat and Ear as a Factor in Exceptional Development. The Amer. Journ. of Obstetrics. Jan. p. 164.
44a. Glüh, Über Mikrocephalie. Zeitschr. f. die Erforsch. und Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 207. (cf. Kapitel: Enzephalitis.)
45. Goddard, H. E., Eine Gruppe schwachsinniger Kinder mit besonderer Berücksichtigung ihres Zahlensinnes. Eos. 8. 197.
46. Derselbe, The Kallikak Family, A Study in the Heredity of Feeble Mindedness. New York. Macmillan-Company.
47. Derselbe, The Height and Weight of Feeble-Minded Children in American Institutions. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 39. No. 4. p. 217.
48. Derselbe, Mental Deficiency. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 1645. **(Sitzungsbericht.)**
49. Derselbe, Das Institut für schwachbegabte Kinder in Vineland, eine Stätte wissenschaftlicher Forschung. Eos. 8. 186.
50. Gordon, A., Parental Alcoholism as Factor in Mental Deficiency of Children. Monthly Cyclop. and Med. Bull. Jan.
51. Groszmann, Maximilian P. E., The Backward Child vs the Feeble-Minded Child. The Amer. Journ. of Obstetrics. Jan. p. 138.
52. Heiman, Henry, Bookman, Samuel, and Crohn, Burrill B., Studies in Metabolism of Amaurotic Idiocy. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 61. **(Sitzungsbericht.)**
53. Heiman, S., Bookman, S., and Crohn, B. B., Studies in Metabolism of Amaurotic Family Idiocy. Amer. Journ. of Diseases of Children. Oct.
54. Heine, Ein Fall von Idiotie mit starker Adipositas. Neurol. Centralbl. p. 990. **(Sitzungsbericht.)**
55. Henneberg, Hermann, Bericht über die schulärztliche Tätigkeit in den Magdeburger Hilfsschulen. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 59.
56. Herderschec, D., Spiegelschrift. Psychiatr. en Neurol. Bladen. p. 57—63.
57. Herhold, Schwachsinn und ethische Degeneration. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 32. p. 1505.
58. Hewlett, Albion Walter, Infantilism in Pituitary Disease. The Arch. of Internal Medicine. Vol. 9. No. 1. p. 32.
59. Hickling, D. P., Study of Mental Deterioration. Washington Med. Annals. Sept.
60. Higier, H., Amaurotische Idiotie mit Erscheinungen einer spät sich entwickelnden progressiven cerebralen Diplegie. Archiv der Warschauer Aerztegesellschaft. Bd. 108. H. 3. (Polnisch.)
61. Hinrichs, Bericht an das Landes-Direktoriat der Provinz Schleswig-Holstein über die psychiatrische Untersuchung der schulentlassenen Fürsorgezöglinge im Burschenheim zu Rickling, im Frauenheim zu Innien und im Asyl Neuendeich. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 1. p. 1.
62. Hollander, F. d', Apropos de l'infantilisme. Journal de Neurologie. No. 11. p. 201.
63. Isserlin, Ueber Intelligenzprüfungen und Intelligenzdefekte. Münch. Mediz. Wochenschrift. 1913. p. 215. **(Sitzungsbericht.)**
64. Jillson, Walter A., A Case of Mongolian Idiocy. Westborough State Hosp. Papers. Ser. 1. p. 171.
65. Kellner, 2 Fälle von sporadischem Kretinismus. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 167. **(Sitzungsbericht.)**
66. Derselbe, 1. 13 jährige Idiotin mit Dystrophia musculosum. 2. Fall von Feminismus eines Idioten. ibidem. p. 2368. **(Sitzungsbericht.)**



67. Derselbe, Fall von Mongolismus. Neurol. Centralbl. 1913. p. 264. **(Sitzungsbericht.)**
68. Derselbe, Fall von mongoloider Idiotie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2839. **(Sitzungsbericht.)**
69. Kowarski, H., Sechs Fälle von Idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis. Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 76. H. 1. p. 58. u. Aerzte-Ztg. **19.** 671.
70. Kurtze, Intelligenzprüfung. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 4. p. 69.
71. Kutschera, Adolf Ritter von Aichbergen, Zur Frage der Kontaktinfektion des Kretinismus. Wiener klin. Wochenschr. No. 4. p. 164.
72. Derselbe, Ueber Kropf und Kretinismus in Tirol und Vorarlberg. ibidem. p. 1032. **(Sitzungsbericht.)**
72a. Leeper, Bertram C. A., Mongols. Review of Neurol. and Psychiatry. Vol. X. No. 1. p. 11—20.
73. Lucas, W. P., Neurology of Child: Mortality and Proportion of Backward Children in Cases of Congenital Syphilis Subsequent to Hospital Treatment. Boston Med. and Surg. Journ. Aug. 29.
74. Macpherson, John, The Problem of the Feeble-Minded. The Glasgow Med. Journal. Vol. LXXVII. Mai. p. 321.
75. Magnus, V., To tilfaelder av amaurotisk idioti. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. No. 11. p. 1598.
76. Mairet, A., et Gaujoux, E., L'invalidité intellectuelle et morale dans les écoles de Montpellier. Ann. médico-psychol. X. S. T. II. No. 1—2. p. 5. 162.
77. Mc Cready, E. Bosworth, Clinical Studies of Exceptional Children. The Amer. Journ. of Obstetrics. Jan. p. 169.
78. Meige, Infantilisme mental et infantilisme moteur. Revue de Psychiatrie. **15.** 330. 1911.
79. Miller, Reginald, Cerebral Maldevelopment (Sclerosis) with Infantilism and Idiocy. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 1. Section for the Study of Disease in Children. p. 12.
80. Mönkemöller, Bericht an das Landesdirektorium der Provinz Hannover über die psychiatrisch-neurologische Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge im Stephansstifte (Hannover). Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 1.
81. Müller-Schürch, E. Herm., Vom Wandertrieb. ibidem. Bd. V. H. 6. p. 494.
82. Mumford, Alfred A., Precocity and Retardation in School Attainment in Relation to Disease and other Agencies affecting Physical Development. The Medical Chronicle. March. 4. S. Vol. XXII. p. 319.
83. Naville, Un cas d'idiotie amaurotique familiale. Soc. suisse de Neurol. 1911. 29.—30. avril.
84. Neff, J. S., Method of Securing State Appropriations for Proper Segregation and Cure of Feeble-minded. Bull. Amer. Acad. of Medicine. Aug.
85. Neustaedter, M., Etiological Factors in Exceptional Children and Their Prevention. The Amer. Journ. of Obstetrics. Jan. p. 132.
86. Olinto, P., Sobre a mentira infantil. Brazil Medico. Febr. 1. No. 5. p. 41—50.
87. Parhon, C., et Urechia, C., Sur un cas d'hypertrophie symétrique des glandes salivaires chez un crétin. Journal de Neurologie. No. 20. p. 381.
88. Parisot, J., Le nanisme cardiaque. Revue méd. de l'Est. 15. août. p. 497—511.
89. Pende, Nicolò, Klinischer Begriff und Pathogenese der Infantilismen. Dtsch. Arch. f. klin. Medizin. Bd. 105. H. 3—4. p. 179.
90. Rankin, G. C., Cretinism; Report of Case. Kentucky Med. Journal. Febr.
91. Read, C. F., Border-Line Inferiority. Illinois Med. Journal. Sept.
92. Rehm, Ernst, Über einen Fall von traumatischem Idiotismus. Ein Beitrag zur Lehre vom Schädelwachstum. Inaug.-Dissert. München.
93. Rehm, O., Ernährungsversuche mit vegetarischer Kost an geisteskranken (idiotischen) Kindern. Beitrag zur Kenntnis der Grösse und des Gewichtes geisteskranker Kinder. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 45.
94. Derselbe, Bedeutung der Syphilis-Aetiologie bei idiotischen, schwachsinnigen und psychopathischen Kindern. ibidem. Bd. VI. H. 1—2. p. 201.
95. Rein, Oscar, Bericht über den Allgemeinen Fürsorge-Erziehungs-Tag zu Dresden. ibidem. Bd. VI. H. 1—2. p. 241.
96. Reuben, M. S., Mental Deficiency. Archives of Pediatrics. Aug.
97. Reye, Edgar, Untersuchungen über die klinische Bedeutung der Scapula scaphoidea (Graves). Zeitschr. f. die Erforschung u. Beh. des jugendl. Schwachs. 1911. Bd. V. p. 392.
98. Riva, Emilio, L'idiota microcefalo Battista. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. fasc. 2—3. p. 341.
99. Rogers, A. C., Classification of Feeble-Minded Based on Mental Age. Bull. of Amer. Academy of Medicine. June.



100. Roth, R., Backward and Feeble Minded Children. Australasian Med. Gazette. Oct. 12.
101. Schlesinger, Eugen, Die Trinkerkinder unter den schwachbegabten Schulkindern. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 12. p. 649.
102. Schmitt, A. Emil, Some on the Physical Conditions Underlying Backwardness. From the Standpoint of the General Practitioner. The Amer. Journ. of Obstetrics. Sept. p. 486.
103. Schob, F., Über die amaurotische Idiotie. Fortschritte der Medizin. No. 28. p. 865.
104. Derselbe, Literatur über jugendlichen Schwachsinn und Verwandtes. 1911 und 1912. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 224. H. 4. p. 319.
105. Derselbe, Zur pathologischen Anatomie der juvenilen Form der amaurotischen Idiotie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 3. p. 303.
106. Sheffield, Hermann B., Pediatric Memoranda. Bilateral Anophthalmos. Amaurotic Family Idiocy. Medical Record. Vol. 81. No. 4. p. 165.
107. Sherlock, E. B., The Feeble-Minded. With an Introduction by Sir H. B. Donkin. London. 1911. Macmillan.
108. Shukowsky, W., und Aisenberg, Rosa, Ueber Mongolismus bei Kindern. Jahrbuch f. Kinderheilk. Bd. 76. H. 3. p. 317.
109. Siefert, Psychiatrische Untersuchungen über Fürsorgezöglinge. Halle a./S. C. Marhold.
110. Sinclair, E., Mental Defectives. Australasian Med. Gazette. Oct. 12.
111. Smith, R. M., Amaurotic Family Idiocy. Boston Medical and Surg. Journ. March.
112. Stelzner, Helenefriederike, Die psychiatrische Tätigkeit des Schularztes an höheren Schulen mit besonderer Berücksichtigung der daselbst beobachteten Schwachsinnsformen. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 6, p. 457.
113. Sullivan, W. C., Feeble-mindedness and the Measurement of the Intelligence by the Method of Binet et Simon. The Lancet. I. p. 777.
114. Sutton, H., Feeble Minded; Classification and Importance. Australasian Med. Gazette. Jan. 20.
115. Szési, Beitrag zur Geschichte der moral insanity, nebst prinzipiellen Bemerkungen über Moral und Intelligenz. Inaug.-Dissert. Basel.
116. Taussig, Siegmund, Kropf und Kretinismus. Epidemiologische Studie. Jena. G. Fischer.
117. Thoma, Untersuchungen von Zwangszöglingen in Baden. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. **43.** Suppl. 342.
118. Treiber, P., Orthographie und Veranlagung bei abnormen Kindern. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 7. p. 125.
119. Turner, J., Two Cases of Amaurotic Idiocy or Tay-Sachs Disease. Brit. Journ. of Children Dis. **9.** 193.
120. Derselbe, Two Cases of Amaurotic Idiocy, or Tay-Sachs Disease. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 4. Pathological Section. p. 117.
121. Vogt, H., und Weygandt, W., Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns unter Berücksichtigung der psychischen Sonderzustände im Jugendalter. Jena. 1911. G. Fischer.
122. Wagner v. Jauregg, J., Myxödem und Kretinismus. Aschaffenburgs Handb. der Psychiatrie. Spezieller Teil. Abt. 2. 1. Hälfte. Wien. Fr. Deuticke.
123. Wassermann, Fritz, Ueber Infantilismus. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2083. **(Sitzungsbericht.)**
124. Welde, Ernst, Ein Fall von angeborener Kernaplasie, kombiniert mit Idiotie. Charité-Annalen. Bd. 36. p. 124—129.
125. Weygandt, Demonstrationen zum Kapitel des Infantilismus. 1. Degeneratio adiposogenitalis infolge von Meningitis serosa oder Tumor mit Hypophysenschädigung. 2. Degeneratio adiposogenitalis mit psychischer Erregung und Entwicklungshemmung. 3. Familiärer glandulärer Infantilismus. 4. Akromegaler Riesenwuchs mit psychischer Entwicklungshemmung. 5. Infantilismus auf luetischer Grundlage. 6. Entwicklungshemmung. 7. Körperliche und psychische Entwicklungshemmung auf hypothyreoider Grundlage. Neurol. Centralbl. p. 1328. 1329. **(Sitzungsbericht.)**
126. Wieland, E., Über hypothyreotische Konstitution und über frühzeitig erworbene Athyreose. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. IV. H. 4. p. 310.
127. Wijsman, J. W. H., und Schreuder, P. H., Die psychologische Methode Binet und Simon zur Bestimmung des Grades des Intellekts, angewandt bei zurückgebliebenen („achterlijke") Schulkindern. Zuid en Noord. **3.** 186. 323.
128. Winter, Henry Lyle, The Relation of Prolonged Pregnancies to Some Cerebral Lesions and to Backward Mental States. The Amer. Journal of Obstetrics. Dez. p. 1059.
129. Wirschubski, A. M., Grundriss der Lehre vom Infantilismus. Allg. Wiener Mediz. Ztg. No. 7—8. p. 71. 83.
130. Wolff, Bruno, Zur Begriffsbestimmung des Infantilismus. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 57. H. 1—3. p. 104.



Arbeiten, die sich von allgemeineren Gesichtspunkten aus mit der Erforschung des Schwachsinns beschäftigen, liegen in diesem Berichtsjahre nicht vor. Man müßte denn die einleitenden kurzen Bemerkungen Antons erwähnen, der zum Verständnis der krankhaften moralischen Abartung auf die Bedeutung des normalen Gefühlslebens als des Organs der menschlichen Gemeinsamkeit, der „Mitmenschlichkeit“ hinweist. Auf das Fehlen bzw. die krankhafte Beeinträchtigung der Fähigkeit zur „Einfühlung“ und der ihr dienenden Leitungsbahnen läßt sich nach Anton die krankhafte moralische Abartung zurückführen. Vielleicht ist es gestattet, zur Ergänzung der Ausführungen des Hallenser Psychiaters darauf hinzuweisen, daß auch bei nachweislichem Vorhandensein der „Einfühlung“, d. h. bei intakter Fähigkeit, sich fremde Gefühlszustände zu vergegenwärtigen, dennoch krankhaftes amoralisches Fühlen und Handeln bestehen kann. Es kommt nämlich auch darauf an, wie wir innerlich auf die uns nachfühlbaren fremden Gemütszustände antworten. Tiefstes Mitfühlen fremder Schmerzen kann sowohl das Bedürfnis nach Abstellung, Hilfsbereitschaft, wie auch wollüstiges Behagen und grausames Bedürfnis nach Verlängerung und Vermehrung der fremden Qual hervorrufen. Mit dem bloßen „Fehlen der Einfühlung“ kann man solche perversen Gefühlsreaktionen doch wohl nicht ausreichend erklären. Höchstens ließe sich denken, daß ein an Intensität verringertes „Nachfühlen“ nicht mehr richtig wehe tut und daher nicht zu entsprechenden Abwehrmaßregeln führt, sondern — etwa wie das Grauen im Theater — als angenehmer Nervenkitzel wirkt, aufprickelt und damit zur Unterhaltung und Verstärkung des angenehmen Reizes verlockt. Endlich aber kann auch bei völlig intaktem Vorstellungs- und Gefühlsleben der Einfluß des Fühlens und Denkens auf das Handeln vermindert sein und auf diese Weise amoralisches Handeln zustandekommen.

Unter den Arbeiten, die sich mit der genaueren klinischen Erforschung der einzelnen Schwachsinnsformen beschäftigen, sei die Kontroverse Finkbeiner/Bircher erwähnt. Finkbeiner, ein Landarzt im Aargau, verteidigt seine ethnologisch-anthropologische Theorie des Kretinismus nicht nur mit viel Überzeugung, sondern anscheinend auch mit recht guten Gründen, wird aber wenige Monate später von dem sehr erfahrenen, in erster Linie angegriffenen Kretinismusforscher E. Bircher ebenso vornehm wie gründlich geschlagen. — Einige ausländische Forscher hinken in der „Infantilismusfrage“ den von ihnen offenbar noch nicht gekannten deutschen Arbeiten des vorigen Jahres nach. — Der verdienstvolle Erforscher der amaurotischen Idiotie Schob stellt einen neuen Typus dieser Krankheit auf, ein Zwischenglied zwischen der infantilen und juvenilen Form, das man in Zukunft vielleicht als „puerilen Typus“ bezeichnen könnte.

Einen erfreulichen Beweis für das Vordringen der Psychiatrie in der Schule liefert Frau Stelzners Arbeit, die sich an die Ziehensche Methode der Intelligenzprüfung anlehnt. Sonst steht in diesem Jahre die Binet-Simonsche Methode im Zenith; sie ist in der von Bobertag für deutsche Verhältnisse abgeänderten Weise von Chotzen mit gutem Erfolg bei den Breslauer Hilfsschulrekruten angewendet worden; sie hat sich auch dem englischen Forscher Sullivan bei der Untersuchung jugendlicher weiblicher Gefangener bewährt. — Nur vereinzelt trifft man noch Forscher wie Fortune, die auf die psychologische Untersuchung verzichten und allein aus dem körperlichen Befunde die Abnormen erkennen zu können glauben. Von Goddard wird die körperliche Entwicklung zurückgebliebener Kinder im Verhältnis zu derjenigen normaler Schüler an dem echt amerikanisch-riesenhaften Zahlenmaterial von 11000 Schwachen untersucht und in recht



überzeugend wirkenden Kurven vergleichend dargestellt. — Mönkemöller hat zum zweiten Male die schulpflichtigen Fürsorgezöglinge im Stephansstift zu Hannover untersuchen dürfen und kann die besten Erfahrungen mit der vor zwei Jahren von ihm vorgeschlagenen und inzwischen verwirklichten Hilfsschuleinrichtung melden; diesmal fordert er eine Aufnahmestation als Beobachtungsstelle für die neueintretenden Fürsorgezöglinge, sowie eine ärztlich geleitete Lazarettstation; und bei dem fortschreitenden Verständnis psychiatrischer Forderungen in den Kreisen der Pädagogen ist die baldige Durchführung dieser verständigen Vorschläge zu erhoffen.

Das groß angelegte „Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns", das von **Vogt** und **Weygandt** (121) herausgegeben wird, soll eine Behandlung sämtlicher, die abnormen Jugendlichen betreffenden Fragen geben und bezweckt, ein allgemeineres Interesse an diesem wichtigen Gebiete zu erregen, das vor allem der Therapie Nutzen bringen soll. Das Werk soll innerhalb von zwei Jahren in sieben Lieferungen erscheinen. Zur Mitarbeit sind nicht nur Mediziner, sondern auch Psychologen, Pädagogen, Juristen und Nationalökonomen herangezogen worden.

Das erste Heft enthält einen Überblick über die Geschichte der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns (von Weygandt), eine Darstellung der Ursachen des jugendlichen Schwachsinns (von H. Vogt), einen Abriß der Anatomie und Physiologie des Kindes (von H. Klose); über die Anatomie des kindlichen Gehirns und die Entwicklung des Zentralnervensystems findet sich ein Aufsatz, der ebenfalls aus der Feder H. Vogts stammt, schließlich gibt Bühler einen Überblick über das Gebiet der Kinderpsychologie.

Das zweite Heft behandelt Erziehung und Unterricht und die Heilpädagogik, und zwar sind Darstellungen des Blindenwesens, der Hilfsschule, der Lehr- und Lernmittel für heilpädagogische Schulen und Anstalten und ein Bericht über Minderbegabte an höheren Schulen in ihm enthalten. Die Aufsätze stammen von G. Fischer, F. Frenzel, A. Henze und Th. Heller.

Die beiden vorliegenden Hefte sind geeignet, die lebhafte Befriedigung aller derer hervorzurufen, die eine Zusammenfassung unseres Wissens über das wichtige Gebiet und eine Orientierung über die notwendigen Institutionen als ein dringendes Bedürfnis empfunden haben. Zahlreiche, sehr gut gelungene Abbildungen, desgleichen viele Literaturnachweise verleihen dem Handbuch einen besonderen Wert. Die Autorität der Herausgeber auf diesem speziellen Gebiete, die sich auch in der Auswahl der geeigneten Mitarbeiter dokumentiert, garantiert das Entstehen eines wertvollen, für jeden an der Materie Interessierten unentbehrlichen Werkes. (*Hopp.*)

Becker (8) tritt unter Heranziehung der einschlägigen Literatur dem Vorurteil von der durchaus ungünstigen Prognose der Idiotie und Imbezillität entgegen und kündigt eine Veröffentlichung über „heboide" Erkrankungen Imbeziller im Pubertätsalter an, die nach 6- bis 8jähriger Anstaltspflege entlassungsfähig geworden sind.

Anton (3) erörtert den Mechanismus der „Einfühlung" und ihre Bedeutung als Regulator des Gemeinschaftslebens. Er unterscheidet die krankhaften Störungen des Gefühlslebens, wie sie bei der Manie, den chronischen Vergiftungen, im Greisenalter, bei Paralytikern, Epileptikern und Hysterischen beobachtet werden von der schon in frühester Jugend zu beobachtenden, vorwiegend angeborenen Abartung. Bei ihr tritt die Störung des Gefühlslebens entweder als Teilerscheinung einer allgemeinen seelischen Abartung auf, z. B. bei den Imbezillen, Infantilen, Psychopathen, oder aber der



Mangel sozialer und ethischer Bildungsfähigkeit beherrscht das Feld, und nur nebenbei wird Schlauheit, Sprunghaftigkeit, Eigensinn, Beeinflußbarkeit beobachtet. Ein von Bonhöffer betontes wichtiges Merkmal ist der verminderte Einfluß des Denkens auf das Handeln.

An 52 Fällen aus der Nonneschen Abteilung des Hamburger allgemeinen Krankenhauses hat **Reye** (97) die Beobachtungen Graves im wesentlichen bestätigen können. Die Scapula scaphoidea ist in der Mehrzahl der Fälle ein Degenerationszeichen; Lues in 50%, Alkohol, Tuberkulose, schwere Nervenkrankheiten in der Aszendenz, seltener in den ersten Lebensjahren erworbene Schädigungen sind ihre Ursache. Sie findet sich zusammen mit schnellerer Abnutzbarkeit und anderen körperlichen und seelischen Zeichen gestörter Entwicklung.

Shukowsky und **Aisenberg** (108) geben die Beschreibung eines charakteristischen Falles von Mongolismus aus der Universitäts-Kinderklinik zu Dorpat. Der Fall bot außer den für Mongolismus typischen Symptomen noch solche von Myxödem dar, gegen die Thyreoidin-Therapie von Erfolg war. Sie knüpfen an die Mitteilung Bemerkungen über das Wesen des Mongolismus an. (*Hopp.*)

Jillson (64) beschreibt einen psychotischen Erregungszustand nach Fall auf den Kopf bei einem anscheinend mongoloiden idiotischen Jungen; neurologisch fanden sich gesteigerte Patellarreflexe, positiver Romberg und unsicherer Gang.

Welde (124) beschreibt aus der Heubnerschen Klinik einen kleinen Idioten mit angeborenem symmetrischen Beweglichkeitsdefekt im Bereich dreier motorischer Hirnnerven (Abduzens, Fazialis, Hypoglossus). Auf Kernaplasie wird geschlossen aus der Symmetrie, der Gruppierung der betroffenen Muskelgruppen nach der Kernnachbarschaft, der Angeborenheit des Zustandes. Der Fall bestätigt eine ältere Vermutung Heubners, daß psychische Entwicklungsstörung mit Kernaplasie zusammen vorkommt.

Das Krankheitsbild der amaurotischen Idiotie wird in seinen zwei Haupttypen, der infantilen und juvenilen Form, von **Schob** (103) kurz geschildert und die Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Unterscheidung mancher juveniler Formen, besonders von ähnlich aussehenden luetischen Erkrankungen, durch ein Beispiel belegt.

Dem anatomischen Befunde nach steht der von **Schob** (105) mitgeteilte neue Fall dem infantilen Typus (Tay-Sachs) nahe; da die Krankheit aber erst im vierten Lebensjahr zur Entwicklung gekommen ist, bildet der Verf. aus seinem und dem ähnlich verlaufenden, von Jansky beschriebenen älteren Fall eine besondere Zwischengruppe zwischen infantilem und juvenilem Typus.

Kowarski (69) teilt sechs Fälle von amaurotischer Idiotie genauer mit, die ein typisches klinisches Bild darboten. Er gibt einen kurzen Überblick über die Literatur und die Klinik der Erkrankung, die seiner Meinung nach von praktischen Ärzten oft nicht erkannt wird. Er fügt einige diagnostische Winke bei; so bezeichnet er z. B. das „Leichenphänomen" als ganz charakteristisch. (*Hopp.*)

Higier (60) beschreibt einen 13jährigen, jüdischen Knaben aus Aschebad an der russisch-persischen Grenze. Eltern angeblich gesund, nicht blutsverwandt. Der Vater ist Alkoholiker, die Mutter hat eine schwere endemische, mit Gelbsucht verlaufende Malaria durchgemacht, 3 ältere Brüder sind gesund in jeder Hinsicht, ein jüngerer Bruder leidet an einem kongenitalen Akrotrophödem. Aborte kamen nicht vor. Lues wird geleugnet. Normale Geburt und normale Entwicklung bis zum 6. Lebensjahre.



Allmähliches Eintreten einer spastischen Diplegie, Sprachstörungen und Schwachsinn. Seit 2 Jahren Krampfanfälle, die sich mehrmals stündlich wiederholen. Die Untersuchung ergibt folgendes: Keine äußere Zeichen einer hereditischen Syphilis, Wassermann negativ, fieberfreier Zustand, kompletter Idiotismus, meist bewußtloser Zustand, Krampfanfälle, linksseitige Gesichtslähmung, Strabismus, Mydriasis, fehlende Lichtreaktion, Amaurose, diffuse Neuroretinitis pigmentosa, keine Makulaveränderungen, spastische Diplegie mit schweren Kontrakturen, Pes vaso-equinus, beiderseitiger Babinski, unwillkürliche Bewegungen der rechten Extremitäten, Atrophie der Wadenmuskulatur, keine Hautausschläge. Sensibilität, Gehör und Geschmack erhalten. Trotz energischer Quecksilber- und Salvarsanbehandlung keine Besserung und keine Schwankungen im progredienten Verlauf. Will man nicht die seltenen, bei Lebzeiten kaum erkennbaren Leiden, wie diffuse Hirnsklerose, tuberöse und miliare Sklerose, Mikro- und Makrogyrie diagnostizieren, und schließt man eine juvenile Tay-Sachssche Idiotie aus, so bleibt nur die Diagnose einer endogenen, progressiven zerebralen Diplegie übrig, auf dem Boden des chronischen Alkoholismus des Vaters entstanden. Weniger wahrscheinlich sind die heredo-luetische chronische Meningoenzephalitis und die infantile Paralyse, die ex juvantibus und aus dem Fehlen von Schwankungen im Krankheitsbilde einigermaßen auszuschließen sind. (*Autoreferat.*)

Hollander's (62) physisch und psychisch ausgesprochen infantile 40jährige Patientin aus schwer belasteter Familie gehört strenggenommen weder in den Typus Brissaud noch in den Typus Lorain. Den klinischen Symptomen nach handelt es sich um eine pluriglanduläre Erkrankung mit Beteiligung der Ovarien, der Hypophyse, der Nebennieren und vor allem der Schilddrüse.

Hewlett (58) beschreibt drei Fälle von Infantilismus, die weder genau dem Typus Brissaud noch dem Typus Lorain entsprechen und mit Hirntumoren in der Gegend des Türkensattels verknüpft sind, also wohl auf Zirbeldrüsenkrankheit zurückgehen. Der erste der Fälle zeigt deutlichen Diabetes insipidus, der zweite auffallend niedriges spezifisches Gewicht des Urins.

Wolff (130) gibt einen Überblick über die Geschichte der Lehre vom Infantilismus. Es werden Definitionen und Einteilungsprinzipien besprochen und gezeigt, daß der Forschung auf diesem Gebiet noch ein weites Feld gelassen ist. (*Hopp.*)

Pende (89) veröffentlicht zwei Fälle, die auch wieder weder dem Typ Lorain noch dem Typ Brissaud genau entsprechen, und spricht sich für den pluriglandulären Ursprung und eine umfassendere Begriffsbestimmung des Infantilismus aus. Allerdings soll man noch nicht ganz vereinzelte Entwicklungsstörungen als Infantilismus bezeichnen, sondern erst eine Reihe derartiger Erscheinungen in immer wiederkehrender Verknüpfung, die dann stets auf Störungen im Binnendrüsensystem zurückgehen. Bemerkenswert ist in beiden Fällen die sorgfältige anthropologische Untersuchung (nach Viola), sowie der ausführlich mitgeteilte Blutbefund. Die Einheitlichkeit der äußerlich so verschiedenartig anmutenden Erscheinungsformen des Infantilismus wird begreiflich unter dem Gesichtspunkte des von Pendes Lehrer Viola aufgestellten antithetischen Beziehungsgesetzes zwischen Massen- und Formentwicklung des menschlichen Körpers aufgefaßt.

Zur Klärung der Begriffe und Anregung künftiger Forschungen soll man nach **Wieland** (126) scharf unterscheiden zwischen dem endemischen Kretinismus, von dem nur ein Teil auf Entwicklungsstörungen und Erkran-



kungen der Schilddrüse beruht, und der sporadischen Athyreose und Hypothyreose, die entweder angeboren oder erworben sein kann. Im frühen Kindesalter, jedenfalls bis zum fünften Lebensjahr, ist die angeborene Form weit häufiger; und auch in den „erworbenen" Fällen kann man recht oft bei genauerem Nachspüren eine schon vor der eigentlichen Erkrankung bestehende angeborene Leistungsschwäche der Schilddrüse feststellen, die sich durch dicke Zunge, Neigung zu Katarrh und zur Verstopfung verrät, und welcher anatomisch eine Unterentwicklung der Drüse entspricht. Einen Fall von erworbenem Schilddrüsenausfall, in welchem die Erkrankung im achten Lebensmonat einsetzte, konnte Wieland von seinem 26. Lebensjahr an durch Schilddrüsenbehandlung im Wachstum und an geistiger Regsamkeit erheblich fördern. Ein schließlich sich entwickelnder Strumaknoten bewies das tatsächliche Vorhandensein einer Drüsenanlage.

An ihrem Befunde einer Speicheldrüsenvergrößerung bei einem Kretinen erläutern **Parhon** und **Urechia** (87) die verschiedenen Möglichkeiten einer Beziehung zwischen beiden Erscheinungen. Vergrößerung der Speicheldrüsen, häufig vergesellschaftet mit einer Vergrößerung der Tränendrüsen, ist teils im Anschluß an Infektionen der Nasen- und Mundschleimhaut beobachtet worden, teils auch im Zusammenhang mit anderweitigen Störungen im Binnendrüsensystem. Entweder bewirkt der Ausfall einer anderen Drüse oder Drüsengruppe unmittelbar die Vergrößerung der Speicheldrüsen, oder aber er schafft nur eine Widerstandsverringerung gegenüber infektiösen Einflüssen, die dann erst die entzündliche Schwellung hervorrufen.

Finkbeiner (38) macht sich gegenüber Bircher u. a. zum Verfechter der alten, vielfach in Vergessenheit geratenen Annahme, daß die Kretinen Abkömmlinge alter Rassen seien, und führt zum Beweis der Übereinstimmung von Kretinen und Neandertalern an: Radiuskrümmung, Kniegelenksform, Humerus varus, Coxa vara, Prognatie, Mikrozephalie, Zwergwuchs, geographische Verbreitung; ferner paßt die Schilderung der Zwerge in der Edda ganz auf unsere Kretinen, nur — der Kropf fehlt den Zwergen auffälligerweise!

Bircher (11) unternimmt es, Finkbeiners Ausführungen zu widerlegen. Die Radiuskrümmung und das eigenartige Knie habe Finkbeiner selbst in seinen wenigen Fällen nicht durchweg gefunden; diese Befunde seien nach seinem eigenen weit größeren Material keineswegs typisch. So weit äußere Ähnlichkeiten in der Form vorkämen, wiese eine genauere Betrachtung doch noch beträchtliche Unterschiede auf, z. B. bei der Prognatie; auch könnten Ähnlichkeiten in der Form aus ganz verschiedenen Ursachen entstehen, was sich z. B. für die Prognatie der Kretinen und der Neandertaler zeigen läßt. Umgekehrt können Ähnlichkeiten der Lebensweise ähnliche Formen hervorrufen, und doch sei ein wesentlicher Unterschied zwischen den krummen Knochen der Neandertalmenschen, die eben noch auf allen Vieren gekrochen seien, und den krummen Knochen der heutigen Kretinen, bei denen sich die Krümmung als Belastungsdeformität nachträglich infolge der kriechenden Lebensweise in früher Kindheit entwickele. Zwergwuchs und Mikrozephalie sei überhaupt für den Neandertaler nicht die Regel. Bei der Annahme einer übereinstimmenden geographischen Verteilung der Neandertalfundstätten und der Kretinengegenden sei Finkbeiner einer Täuschung durch ungenaue Karten erlegen.

Gegenüber den Kocherschen Anschauungen von der Thyreohypoplasie oder Thyreoaplasie als Grundlage des Kretinismus führt **Bircher** (12) die Ergebnisse seiner anatomisch-histologischen Untersuchung von einigen vierzig Schilddrüsen von Kretinismus und verwandten Zuständen an; in keinem



Falle bestand ein völlig normaler Befund, ebensowenig aber ließ sich irgend ein gesetzmäßiger Zusammenhang genauerer Art zwischen dem Grad der geistigen und körperlichen Abartung und dem jeweiligen Stande der Schilddrüsenveränderung feststellen.

Wagner (122) gibt in dem Rahmen des Aschaffenburgschen Handbuches eine Schilderung des heutigen Standes des Wissens vom Myxödem und Kretinismus.

Taussig (116) berichtet über das Ergebnis seiner epidemiologischen Forschungen in Österreich. Er kommt zu wichtigen Ergebnissen betreffs der Ätiologie des endemischen Kretinismus. Das Buch, dem eine Anzahl von Tabellen beigegeben ist, ist eine wertvolle Bereicherung der Literatur über das fragliche Gebiet. (*Hopp.*)

Kutschera (71) bleibt gegenüber kritischen Einwendungen bei seiner Lehre, die sich ihm auf Grund von etwa 2000 Beobachtungen in nahezu 100 Familien ergeben hat. Gegen die Trinkwassertheorie scheint es ihm zu sprechen, daß oftmals die Bewohner der Nachbarhäuser, die dasselbe Wasser genießen wie die betroffenen Familien, frei bleiben, daß ferner in Bosnien, wie Taussig nachgewiesen hat, die Österreicher verschont bleiben, während die das gleiche Wasser genießende muhammedanische Bevölkerung erkrankt.

Von den fünf Mikrozephalen, die diese Familie hervorgebracht hat, sind drei bereits früher beschrieben worden, die Beschreibung der beiden noch übrigen holt **Dannenberger** (25) nach. Während die ersten Fälle unter anthropologischen und normal-anatomischen Gesichtspunkten geprüft wurden, hat Dannenberger dem gegenwärtigen Stande der Mikrozephalenforschung entsprechend sein Problem als ein pathologisches aufgefaßt. Er kommt dabei zu Schlüssen, die er selbst bei der vom pathologischen Standpunkte nicht durchweg ausreichenden Untersuchung der älteren Autoren nur als Vermutungen von einer gewissen Wahrscheinlichkeit gelten lassen will: die Mutter der fünf Geschwister war die Trägerin oder Überträgerin der krankmachenden Ursache, diese hat etwa um die Mitte der Schwangerschaft entzündliche Vorgänge im nervösen Gewebe oder auch im nervösen Stützgewebe der Föten hervorgerufen und Schädel, Pia und Gehirnsubstanz in wechselndem Grade geschädigt. Eine örtliche Erkrankung der Zeugungsorgane der Mutter wird nicht vorgelegen haben, eher handelt es sich um ein im mütterlichen Blut gelöstes, an die Heimatgegend der Mikrozephalen gebundenes Gift. Mehr Wert als auf diese Mutmaßungen legt Verfasser auf die Methode, die, wenn sie bei künftigen Fällen sichere Erfolge versprechen soll, weniger eine vergleichende als eine ins einzelne gehende Erforschung des betreffenden Falles in familiärer, anatomisch-histologischer, physischer und psychischer Hinsicht sein muß.

Die bisherigen geringen Erfahrungen der Psychiatrie auf dem schulärztlichen Felde, besonders an höheren Schulen, werden von **Stelzner** (112) auf Grund ihrer sechssemestrigen Tätigkeit an fünf höheren Mädchenschulen in Charlottenburg ergänzt. Stelzner beschreibt ihre kursorische Methode, die Vorprüfung, die zur Aussonderung der genauer zu untersuchenden Schulanfänger führt, sowie die von ihr angewendete Methode einer genaueren Intelligenzprüfung, mit der Leichtschwachsinnige und Schulunreife ausgesondert werden. Die körperliche Untersuchung der Längen- und Kopfmaße bestätigt die ältere Erfahrung vom Einfluß des Wohlstandes auf die Körpergröße, nicht aber die Bayerthalschen Anschauungen vom diagnostischen und prognostischen Wert der Schädelmessungen bei Schulanfängern. — 13 % aller Lernanfänger haben bei ihrer Einschulung das für



die höhere Mädchenschule nötige geistige Normalmaß noch nicht erreicht oder zeigen psychische und nervöse Anomalien, die von der Verf. gruppenweise genauer besprochen werden. — Die Hauptaufgabe der psychiatrisch geschulten Schulärzte besteht darin, die seelisch oder nervös gefährdeten oder erkrankten Kinder rechtzeitig zu erkennen und für entsprechende Behandlung zu sorgen, vor allem aber darin, das Schulleben des Kindes auf seelische und nervöse Schädlichkeiten zu durchmustern und auf deren Abstellung zu dringen.

Die Bedeutung der von Bobertag für deutsche Verhältnisse umgestalteten französischen Methode besteht nach **Chotzen** (22) in ihrer leichten Anwendbarkeit, der Schnelligkeit und Sicherheit des Verfahrens, der Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Normalleistungen gleichaltriger Kinder. Sie kann in der Hilfsschule neben der ärztlichen Untersuchung und der pädagogischen Beobachtung wertvolle Dienste für die Aussonderung der Hilfsschüler leisten. Sie gestattet einen Überblick nicht nur über die Intelligenz des Prüflings, sondern auch über seine Gefühlsveranlagung und seine Willensartung.

Chotzen (23) berichtet ausführlich über seine in Verbindung mit M. Nikolauer vorgenommenen Untersuchungen an 236 im Sommer 1910 in die Breslauer Hilfsschulen aufgenommenen Kindern. In der Methodik hat er sich an Bobertags Modifikation der Binet-Simonschen Prüfung angeschlossen. Er konnte das Hauptergebnis der französischen Forscher bestätigen, daß Idioten nicht über das Intelligenzalter von 3, Imbezille über das von 7, Debile über das von 10 Jahren hinauskommen. Die Größe der Rückständigkeit, d. h. die Anzahl der Jahre, um die das Intelligenzalter dem Lebensalter nachsteht, ist ein gutes Maß der geistigen Schwäche. Je jünger ein Kind ist, um so mehr Bedeutung hat schon ein ein- bis zweijähriges Zurückbleiben hinter der Norm, was bei älteren Kindern noch nicht so viel bedeutet. — Die geistige Entwicklung der Abnormen ist im wesentlichen eine Verzögerung gegenüber der Entwicklung der Normalen. Die Binet-Simonsche Methode kennzeichnet auch die Kinder, deren Intelligenzleistungen nicht durch eigentlichen Schwachsinn, sondern durch krankhafte Mängel des Gefühls- und Willenslebens beeinträchtigt sind. Am Schlusse bringt Verf. einige Vorschläge zur Verbesserung der Methode, die zum Teil ein Zurückgreifen auf die ursprüngliche französische Fassung der Teste gegenüber den Bobertagschen Abänderungen bedeuten.

Egenberger (36) empfiehlt, nur bei solchen Hilfsschülern die Schreibtechnik zu üben, die sie voraussichtlich dereinst zur Darstellung einfacher Gedanken verwenden können. Die Unterrichtsmethode, die aufgewandte Zeit und Energie, die Begabung des Zöglings für dies Unterrichtsfach, der Fortschritt des Übungszuwachses und endlich die psychiatrische Untersuchung in Verbindung mit der pädagogischen Beobachtung muß allmählich ungeeignete Schüler vom Schreibunterricht aussondern lehren. — Egenberger pflegt die freie Niederschrift eigener Erlebnisse der Kinder, sobald diese über die erste Schreibtechnik verfügen. Die Schüler erkundigen sich durch laute Anfrage bei Unsicherheit in der Rechtschreibung, ältere Schüler dürfen ein Wörterbuch benutzen. Zahlreiche Proben von Niederschriften geförderter und aussichtsloser Schüler veranschaulichen die Methode und ihre Ergebnisse.

Kurtze (70) schildert die hauptsächlichsten körperlichen und seelischen Kennzeichen des Schwachsinns im Anschluß an Ziehens Darstellung und fügt ein Schema zur methodischen Prüfung von Gedächtnis, Urteilskraft und Vorstellungsverknüpfung an.



An 253 Insassen von Besserungsanstalten und Hilfsschülern haben **Eastman** und **Rosanoff** (34) die früher von Kant und Rosanoff beschriebene Methode der Assoziationsprüfung angewendet und kommen zu dem Ergebnis, daß Zurückgebliebene in sehr kennzeichnender Weise assoziieren. Die Reaktionen bestehen hauptsächlich entweder im Fehlen jeder Antwort oder in nicht spezifischen Reaktionen oder in gewissen Arten sogenannter Individualreaktionen. Die Assoziationsprüfung ist demnach ein Mittel zur Diagnose geistiger Schwäche.

Herderschel (56) hat bei 112 leicht schwachsinnigen Kindern Linkshändigkeit und Spiegelschrift untersucht. Bei 7% bestand Linkshändigkeit (gegenüber 5% bei normalen). Die Kinder mußten einen Bleistift zuspitzen, eine Figur ausschneiden, eine Nadel einfädeln. Der Dynamometer ist von geringem Werte: Gewandtheit und Kraft gehen nicht immer parallel. Die Untersuchung auf rechts und links hinken ergab, daß von 15 Linkshändigen 9 rechts, 6 links hinkten, von 63 Rechtshändigen hinkten 35 rechts, 28 links.

Zur Untersuchung auf Spiegelschrift mußten die Kinder einen rauchenden Schornstein zeichnen mit der linken Hand, später rechts; der Einfluß der Übung war deutlich. Dann mußten sie Buchstaben, Ziffern, ein Wort und eine Addition aufschreiben und griechische Buchstaben kopieren ohne Gesichtskontrolle; dasselbe mußten sie machen mit dem linken Fuß, dann mit beiden Füßen zugleich, mit der linken Hand, mit beiden Händen zugleich. Verf. faßt seine Ergebnisse wie folgt zusammen:

1. Die Zahl der Linkshänder ist auf Schwachsinnigenschulen größer als auf den gewöhnlichen Volksschulen.

2. Man muß zwei Arten von Spiegelschrift unterscheiden; bei der einen Art ist die schreibende Hand mehr passiv, eine Art Mitbewegung der rechtsschreibenden Hand; bei der anderen Art ist die schreibende Hand mehr aktiv, hier muß die Ursache in der Tatsache gesucht werden, daß man eine Bewegung leichter rechnet unter Abduzierende oder Adduzierende wie unter Bewegung von rechts nach links oder umgekehrt.

3. Es besteht ein direkter funktioneller Zusammenhang zwischen den Zentren der symmetrischen Extremitäten, welche Muskelgruppen beherrschen, deren Funktion Bewegungen ergibt, die ein anderes Spiegelbild darstellten, ebenso wie zwischen Zentren, deren Funktion gleichgerichtete Bewegungen ergibt. (*Stärcke.*)

Unter 12000 Schulkindern zu Ipswich fand **Fortune** (40) nahezu 1% zurückgeblieben, und zwar mittels der körperlichen Untersuchung, der er vor der geistigen den Vorzug gibt. Die einzelnen Typen werden aufgezählt und ebenso die Häufigkeit der körperlichen Abweichungen. Sehr oft zeigten sich Sinnesstörungen, Refraktionsanomalien z. B. in 16% aller Fälle; 78 von 112 Kindern hatten Entartungszeichen. Den Schluß der Arbeit bildet das Untersuchungsschema.

Sullivan (113) vermittelt seinen englischen Lesern die Kenntnis der Binet-Simonschen Methode, die er noch persönlich bei dem verstorbenen Binet lernen durfte. Er hat sie an 12 weiblichen Gefangenen angewendet, von denen 6 geistig abnorm waren; die der Arbeit beigegebene Tabelle gewährt in übersichtlichster Weise Einblick in den geistigen Reifegrad der jungen Gefangenen. Auch der englische Forscher betont den Wert der Methode, besser noch einzelner Teste, für die Erkennung des Gemütslebens, die besonders bei Kriminellen noch wichtiger sei als die Erforschung der Intelligenz im engeren Sinne.

Der Intelligenzdefekt der Trinkerkinder ist nach **Schlesinger** (101) nicht größer, wenigstens unter den Hilfsschulkindern nicht größer als bei



anderen Debilen; auffällig häufig gehören sie dem erethischen Typus an und weisen die entsprechenden Charakterfehler auf: Unstetigkeit, Neigung zum Schulschwänzen und Vagabondieren. Selbst frühzeitig einsetzende Fürsorgeerziehung ist nicht selten erfolglos.

Goddard's (47) Untersuchungen erstrecken sich auf Körpergewicht und Körperlänge von annähernd 11 000 amerikanischen zurückgebliebenen Kindern, die in Anstalten untergebracht und gemessen worden sind. Die Ordnung der eingegangenen Frageergebnisse in Tabellen und Kurven ergibt, daß Idioten erheblich an Körperlänge und Körpergewicht hinter der Norm zurückbleiben, daß dies in geringerem Maße bei den Imbezillen der Fall ist, während Debile zwar in den Jahren der Unreife sich nicht wesentlich von den Normalen unterscheiden, wohl aber eher zum Wachstums- und Gewichtsstillstand kommen. Alle Zurückgebliebenen fallen schon durch ein zu niedriges Geburtsgewicht auf. Die Unterschiede in der Entwicklung der Geschlechter werden überlagert von denen, die durch den Grad der Krankheitsanlage gegeben sind.

Henneberg (55) veröffentlicht die Ergebnisse seiner hilfsschulärztlichen Beobachtungen an 452 Magdeburger Hilfsschulkindern aus dem Jahre 1911/12. Sie stimmen im wesentlichen mit den Beobachtungen anderer Beschreiber überein. Die Zahl der Hilfsschüler beträgt in Magdeburg 1,3 % der Schulkinder. Die Kinder stammen aus kinderreichen, sehr ärmlichen Familien mit hoher Kindersterblichkeit, die Hilfsschulkinder selbst gehören viel häufiger der zweiten Hälfte der Kinderschar an (Produktionserschöpfung der Mutter). Unter den erblichen Momenten steht auffälligerweise die Tuberkulose (23 %) obenan; in 19 % besteht neuropathische Belastung, in 11,5 % alkoholistische, wobei diese aber nur bei ausgesprochener Trunksucht in der Aszendenz angenommen wird. Kopfverletzungen, Krämpfe und Ernährungsstörungen im frühen Kindesalter waren so häufig nachweisbar, daß der Schwachsinn durch ein Zusammentreffen angeborener und erworbener Umstände zu entstehen scheint. Die körperlichen Anomalien sind die bekannten. Der Kopfumfang bleibt häufig hinter dem der Normalen zurück; doch lassen sich aus dieser allgemeinen Regel im Einzelfalle keine Schlüsse ziehen. Die Farbenprobe erwies sich als sehr brauchbar. Sämtliche Hilfsschüler konnten auch nach ihrer Gemütsveranlagung in fünf Gruppen geteilt werden: weinerlich-schüchterne 33,8 %, teilnahmslos-verträumte 15,7 %, gutmütig-gesellige 12,6 %, heiter-schwatzhafte 18,7 % und antisoziale 19 %.

Geistige Schwächezustände werden nach **Fürstenheim** (42) durch eine Reihe von Krankheiten hervorgerufen, die gleichzeitig auch körperliche Verkrüppelung machen; meningoenzephalitische Prozesse, Hirntumoren und Hirnlues, Kretinismus, Mongolismus und Myxödem, vor allem die familiären heredodegenerativen Erkrankungen des Nervensystems sind hier zu nennen. Die sich ergebende Schädigung der intellektuellen Tätigkeit wird je nach ihrer Art als Schwachsinn, Verspätung, Hemmung, Einbuße, Verkümmerung und Ermüdungsschwäche bezeichnet und zum Teil nach dem Erfolge heilpädagogischer Behandlung unterschieden. Diese feiert ihre Haupttriumphe, wo es ihr gelingt, gesunde Teile des Zentralnervensystems mit der Stellvertretung in Verlust gegangener Teile zu betrauen (Substitutionstherapie). Erschwert wird ihr Erfolg durch die „Charakterschwäche“ vieler Krüppel, die auf das Zusammentreffen ungünstiger äußerer Eindrücke und mangelhafter Erziehungsbedingungen mit einer krankhaften Veränderung der Gehirntätigkeit zurückzuführen ist. Aus den mitgeteilten Krankengeschichten ergibt sich der Schluß, daß auch der Orthopäde die bei Krüppeln so häufigen geistigen Anomalien, vor allem die Störungen des Gemüts- und Willens-



lebens, kennen muß, um sie bei der Beurteilung des jeweiligen Leidens (Übertreibungen!) und bei der Übungsbehandlung berücksichtigen zu können.

Bonnier (17) empfiehlt die Reizung der nervösen Zentren von der Nase aus durch Kauterisation der genitalen Reflexpunkte und teilt sechs Fälle wunderbarer Erfolge bei Zurückgebliebenen mit.

An 33 Fällen aus dem Kinderhause Dösen bei Leipzig ermittelte **Rehm** (93), daß die vegetarische Kost keinen nennenswerten Einfluß auf Körpergröße und Körpergewicht hat; auch ein günstiger Einfluß auf die Zahl der epileptischen Anfälle ist nicht festzustellen. Bei der progressiven Muskelatrophie wirkt vegetarische Kost anscheinend geradezu ungünstig. Die Regelung der Verdauung und die Durchführung der Reinlichkeit wird durch vegetarische Kost bei idiotischen Kindern merklich erleichtert.

Nach **Rehm**'s (94) Untersuchungen an 51 geisteskranken Kindern gaben 6% positive Wassermannsche Reaktion im Blut; in 8% der sämtlichen Fälle war dagegen luische Erkrankung der Eltern anamnestisch oder klinisch nachzuweisen.

Blümcke (14) betont in seinem volkstümlichen Vortrage den Unterschied zwischen echten epileptischen Krämpfen, die mit Schwächung der Intelligenz einhergehen, und hysterischen bzw. psychasthenischen Krämpfen, die trotz großer Häufigkeit das geistige Leben der Kinder nicht nennenswert beeinträchtigen. Die Eklampsie der jüngeren Kinder hat keine ganz ungünstige Prognose, doch ist ihre Abgrenzung von der echten Epilepsie schwierig, die sich infolge infektiöser Reize und Traumen bei erblich geschädigten, vorwiegend luisch und alkoholistisch belasteten Kindern entwickelt. Günstiger ist auch die Vorhersage bei den Krämpfen nicht erblich belasteter Kinder im Verlauf von Infektionskrankheiten. Krämpfe in der Anamnese bilden stets einen Anlaß zu sorgfältiger körperlicher und seelischer Untersuchung der Kinder.

Thoma (117) teilte auf der VII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin das Ergebnis der Forschungen mit, die er auf Anordnung der badischen Regierung über die Zahl der geistig Minderwertigen in Baden veranstaltet hat. Thoma, der 620 Zwangszöglinge psychiatrisch untersucht hat, faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen in sechs Schlußfolgerungen zusammen. Er betont die Notwendigkeit einer psychiatrischen Mitwirkung bei der Zwangserziehung.

Siefert (109), der die Fürsorgezöglinge in der Provinz Sachsen psychiatrisch untersucht hat, berichtet über seine Forschungen in einer äußerst gründlichen, fesselnd geschriebenen Monographie, die es verdient, eingehend studiert zu werden. Durch zahlreiche genauer wiedergegebene Beispiele und die Besprechung der hereditären Verhältnisse usw. ist das Buch zu einer wertvollen Bereicherung der psychiatrischen Literatur geworden. (*Hopp.*)

Büttner (20) gibt eine volkstümliche kurze Darstellung im Anschluß an die bekannten Autoren und schließt mit einem Beispiel. In die Hilfsschule gehören moralisch Schwachsinnige nicht, körperliche Züchtigung ist nicht gestattet, Sonderanstaltserziehung ist zu empfehlen.

Müller (81) betont, daß manche Krankheitszeichen Erwachsener im Kindes- und Jugendalter als vorübergehende physiologische Erscheinungen vorkommen. Die Umwelt, die Erziehung hat zu verhindern, daß solche Züge die Reifejahre überdauern. Auch der Wandertrieb ist in frühen Jahren natürliche Entdeckerlust. Er kann allerdings schon so früh auch Krankheitszeichen sein, wenn er sich nämlich mit anderen psychopathischen Symptomen vergesellschaftet. Eine möglichst stetige und sachkundige Erziehung muß die Beherrschung des Trieblebens durch den Verstand und die Pflege



ausgleichender höherer Gefühle vor Eintritt der Pubertät anstreben. Rechtzeitige Erkennung der Gefährdeten, handwerkerliche Arbeitserziehung, Vorsicht bei der Berufswahl werden gefordert. Unter den mitgeteilten Fällen sind drei weibliche.

Mönkemöller (80) berichtet über seine im März 1912 vorgenommene Untersuchung der 103 Zöglinge des Stephansstiftes zu Hannover. Im Stephansstift ist auf Grund früherer Untersuchungen eine Hilfsschule eingerichtet worden; es hat sich so eine Art Sonder-Fürsorgeerziehungsanstalt für Schwachsinnige herausgebildet, denn unter den untersuchten Zöglingen waren nur 21 normale. In vereinzelten Fällen sind auch aus anderen Anstalten und aus der Familienpflege Schwachbegabte dem Stephansstift zugewiesen worden. Die Zweckmäßigkeit der neuen Einrichtung ist unverkennbar, die Schüler haben an Frohsinn und sozialem Empfinden gewonnen, die früher so häufige Verbitterung verschwindet. Zur besseren Aussonderung schwachsinniger Fürsorgezöglinge empfiehlt Mönkemöller die Errichtung einer Aufnahmestation als Beobachtungsstelle in der Fürsorgeanstalt. Am Schluß wird das Untersuchungsschema mitgeteilt. Bemerkenswert ist, daß bei der pädagogischen Revision der Hilfsschule ein großer Teil der Schüler auf Grund überraschend guter Leistungen, die sich ungezwungen aus dem vorausgegangenen Lehrgang erklärten, für normalschulfähig gehalten wurde, womit die Notwendigkeit der viel eingehenderen psychiatrischen Untersuchung (jeder Zögling eine Stunde, bei der pädagogischen Untersuchung alle vier Hilfsklassen in einer Stunde) schlagend bewiesen ist.

Hinrichs (61) konnte — mit der Cramerschen Methode — nur einen Teil der schleswig-holsteinischen Fürsorgezöglinge untersuchen, und zwar 84 männliche und 60 weibliche. Unter den männlichen lassen sich als normal allenfalls 45 % bezeichnen, 6 % waren ausgesprochene Psychopathen, 32 % debil, 14 % imbezill; unter den weiblichen: 40 % normal, 5 % ausgesprochen psychopathisch, 35 % debil, 10 % imbezill. Als zur Fürsorgeerziehung weiterhin geeignet können gelten: 76 % der männlichen, 73 % der weiblichen Zöglinge. Die Untersuchungen sollten auf alle Zöglinge ausgedehnt und in größeren Zwischenräumen, wenigstens bei den Abnormen und Verdächtigen, wiederholt werden; eine Zwischenanstalt zwischen der Fürsorge- und Irrenanstalt sollte errichtet werden. Die benutzten Fragebogen werden mitgeteilt, ebenso die tabellarisch geordneten Ergebnisse; am Schluß folgt ein Literaturverzeichnis.

Funktionelle Psychosen.

Ref.: Dr. Helenefriederike Stelzner-Charlottenburg.

1. Abraham, Karl, Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. No. 6. p. 302.
2. Alberti, A., e Ruata, G., Sulla nosografia clinica della paranoia e della demenza precoce paranoide. Riv. sperim. di Freniatria. Vol 38. p. 185. **(Sitzungsbericht.)**
3. Bakody, A., Über die prognostische Bedeutung der katatonischen Symptome bei Amentia. Gyógyászat. 52. 184.
4. Ball, J. D., The Relation of Gastro-intestinal Toxaemia to Circulatory Hypertension in the Manic-Depressive Forms of Insanity. Amer. Journ. of Insanity. LXVIII. No. 4.
5. Ballet, Gilbert, Sur un cas de délire onirique systématisé. Le Bulletin médical. 1911. No. 86—87. p. 947. 959.
6. Derselbe et Kahn, Pierre, Un cas de psychose hallucinatoire. Revue neurol. 1. S. p. 583. **(Sitzungsbericht.)**



7. Banse, H., Zur Klinik der Paranoia. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 1—2. p. 91.
8. Barasch, Hans, Zur Symptomatologie der chronischen Paranoia. Inaug.-Dissert. Kiel.
9. Barbé, A., et Lévy-Valensi, Catatonie sans démence et délire. Revue neurol. No. 10. p. 736. (Sitzungsbericht.)
10. Becker, Wern. H., Die Prognose d r Melancholie. Berl. klin. Wochenschr. No. 40. p. 1898.
11. Derselbe, Die Prognose der Paranoia. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 23. p. 708.
12. Derselbe, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein. ibidem. No. 26. p. 801.
13. Berghahn, Wilhelm, Melancholia senilis. Inaug.-Dissert. Kiel.
14. Beyreis, Otto, Katatonie in Schüben. Inaug.-Dissert. Kiel.
15. Blondel, Ch., Une obsession bizarre chez un mélancolique anxieux. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 385. (Sitzungsbericht.)
16. Derselbe, Manie et hypomanie séniles. Revue neurol. No. 10. p. 735. (Sitzungsbericht.)
17. Derselbe, Un cas de vagabondage chez une paranoiaque. ibidem. 1913. 1. Sém. p. 147. (Sitzungsbericht.)
18. Derselbe et Barbé, Mélancolie avec délire de négation. Délire de négation dans la sénilité. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 386. (Sitzungsbericht.)
19. Boyd, William A., A Contribution to the Study of Folie à Deux, with Report of a Case. Medical Record. Vol. 82. No. 2. p. 59.
20. Calder, D. H., Paranoia. Northwest Medicine. March.
21. Camus, Paul, Cénestopathie et psychose maniaque-dépressive. Revue neurol. 1913. 1. Sém. p. 146. (Sitzungsbericht.)
22. Capgras et Terrien, Délire d'imagination symptomatique. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 406.
23. Collin, André, Recherche, chez les petites hérédo-tuberculeuses, de l'hypersuggestibilité mise en évidence par la conservation des attitudes jointe à la mythomanie. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. p. 201. (Sitzungsbericht.)
24. Courbon, Paul, Le syndrome atavisme ou zoanthropoïdisme mental. Revue neurol. No. 11. p. 778. (Sitzungsbericht.)
25. Derselbe, Asthénomanie et psychose maniaque dépressive. Revue de Psychiatrie. 8. S. Bd. 16. H. 7. p. 278.
26. Delmas, Mélancholie après hystérectomie. Revue neurol. 1. S. p. 853. (Sitzungsbericht.)
27. Deny et Long-Landry, Mme, Psychose hallucinatoire, paranoia ou obsession. ibidem. 1913. 1. Sém. p. 145. (Sitzungsbericht.)
28. Devine, Henry, A Case of Manic Stupor. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 321.
29. Dide, Maurice, et Carras, G., Manie avec délire d'interprétation euphorique. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. I. Mars. p. 162.
30. Dietrich, Bernhard, Klinische Beiträge zur Lehre von der chronischen Manie. Inaug.-Dissert. Erlangen.
31. Dromard, G., Le délire d'interprétation (Essai de psychologie). Journal de Psychol. norm. et pathol. 1911. No. 4—5. p. 289. 406.
32. Dumas, G., La contagion mentale et les psychoses hallucinatoires systématiques. Revue neurol. 1. S. p. 479. (Sitzungsbericht.)
33. Derselbe, La manie, la mélancolie et la manie-mélancolie à l'asile d'aliénés d'Agen. Commentaires statistiques sur 315 cas. Thèse de Bordeaux. 1911.
34. Dupain, Tentative de suicide par ingestion de cailloux chez une mélancolique. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 181. (Sitzungsbericht.)
35. Dupré et Marmier, Délire imaginatif de grandeur. Revue neurol. 2. Sém. p. 623. (Sitzungsbericht.)
36. Elfes, Karl, Katatonie mit besonderer Berücksichtigung des Verlaufs in der Gravidität. Inaug.-Dissert. Kiel.
37. Eschle, Franz C. R., Die Hypochondrie. Fortschritte der Medizin. No. 51. p. 1601.
38. Esposito, G., Paranoia e psicosi maniaco-depressiva. Riv. ital. di Neuropat. 1911. 4. 400.
39. Faluola, La pression sanguine dans la psychose maniaque-dépressive. Deuxième note. Journal de psych. clinique.
40. Ferenczi, S., Über die Rolle der Homosexualität in der Pathogenese der Paranoia. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forschungen. 3. 100.
41. Ferrus, Th., Le délire de persécution, notes de psychopathologie. Gazz. med. di Roma. Janv.
42. Forster, E., Nochmals die Frage des Affektes bei Paranoia. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 3. p. 189.



43. Franchini, G., e Cappelletti, L., Sulla posizione nosologica della paranoia. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 169. **(Sitzungsbericht.)**
44. Freud, S., Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. (Dementia paranoides). Jahrb. f. psychoanal. und psychopath. Forsch. **3**. 9.
45. Friedenthal, Über Zyklothymie. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 29. **(Sitzungsbericht.)**
46. Gallais, Alfred, Délire interprétato-hallucinatoire systématique, chronique sans affaiblissement intellectuel. Ann. médico-psychol. 10. S. T. I. p. 155. 285. 422.
47. Gaussen, La mélancolie présénile. Etude psychologique et clinique. Thèse de Bordeaux. 1911.
48. Gelma, Délire de persécution collectif à forme hypocondriaque. Tremblement rythmé oscillatoire. Arch. de Neurol. 10. S. T. I. p. 382. **(Sitzungsbericht.)**
49. Gonnet, Auguste, Un cas de psychose interprétative et imaginative. L'Encéphale. No. 4. p. 330.
50. Gordon, A., Differential Diagnosis Between Manic-Depressive Psychosis and Dementia Praecox. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. Jan. p. 24.
51. Greker, A., Die Reaktion auf Berührung bei Katatonikern nach der Methode der assoziativ-motorischen Reflexe. Dissert. St. Petersburg.
52. Gurewitsch, M., Kritische Bemerkungen zu Ursteins Werk: „Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie" (1912). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 3—4. p. 492.
53. Guttmann, L., Experimentell-psychologische Untersuchungen über die Aufmerksamkeit und geistige Leistungsfähigkeit bei Manisch-Depressiven. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 1. p. 1.
54. Hammer, Richard, Kasuistischer Beitrag zur Paranoiá chronica. Inaug.-Dissert. Kiel.
55. Hanes, Edward L., Acute Delirium in Psychiatric Practice, with Special Reference to So-Called Acute Delirious Mania (Collapse Delirium). The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 39. No. 4—5. p. 236. 311.
56. Hitschmann, Eduard, Swedenborgs Paranoia. Zentralbl. f. Psychoanalyse. III. Jahrg. H. 1. p. 32.
57. Hoch, A., Review of Bleulers Schizophrenia. Rev. of Neurol. **10**. 259.
58. Hoch, Th. A., A Statistical Study of Manic-depressive Insanity with Especial Reference to Physical Illness as an Etiological Factor. The Amer. Journ. of Insanity. **69**. 419.
59. Hoche und Alzheimer, Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, mit besonderer Berücksichtigung des manisch-depressiven Irreseins. Neurol. Centralbl. p. 868. **(Sitzungsbericht.)**
60. Jacobson, Arthur C., Literary Genius and Manic-Depressive Insanity. With Special Reference to the Alleged Case of Dean Swift. Medical Record. Vol. 82. No. 21. p. 937.
61. Jelliffe, Smith Ely, Cyclothymia-the Mild Form of Manic-Depressive Psychoses and the Manic-depressive Constitution. Amer. Journ. of Insanity. 1911. LXVII. No. 4.
62. Kahn, Pierre, Un cas de psychose hallucinatoire. Revue neurol. No. 10. p. 734. **(Sitzungsbericht.)**
63. Kannabich, J., Hysterozyklothymie und einige Worte über Selbstmord. Psychotherapie. (Russ.) **3**. 11.
64. Derselbe, Sur la pathologie des émotions intellectuelles; Paranoia, Psychasthénie. ibidem. 1911. No. 11.
65. Kirchheim, Fritz, Beitrag zur Lehre von der akuten Paranoia. Inaug.-Dissert. Kiel.
66. Kleist, Über chronische, wahnbildende Psychosen des Rückbildungsalters, besonders im Hinblick auf deren Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein. Neurol. Centralbl. p. 872. **(Sitzungsbericht.)**
67. Klippel, M., et Mallet, R., Délire systématisé modifié par un état aigu d'excitation maniaque avec hallucinations. Un cas de délire difficile à classer. Ann. médico-psychol. X. S. T. II. p. 72. **(Sitzungsbericht.)**
68. Kraepelin, Ueber paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XI. H. 5. p. 617.
69. Krasser, Karl, Ein Versuch, das manisch-depressive Irresein als Folgezustand einer Sekretionsneurose des chromaffinen Systems aufzufassen. Wiener klin. Rundschau. No. 31—32. p. 481. 500.
70. Krueger, Hermann, Über Paranoia hallucinatoria. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. 12. H. 5. p. 510.
71. Kure, S., Dementia paranoides. Neurologia. Bd. XI. H. 2.
72. Derselbe, Manisch-depressives Irresein. Manischer Zustand. ibidem. Bd. XI. H. 1.
73. Derselbe, Paranoia. ibidem. Bd. XI. No. 11—13.



74. **Laurence**, J. L., Association de la confusion mentale avec la manie et la mélancolie. Thèse de Bordeaux.
75. **Lefèvre**, Les Aïssavuas. Note sur un cas de psychose religieuse collective. Tunisie médicale. No. 3. p. 69—79.
76. **Leroy et Boutet**, Folie intermittente et puerpéralité. Revue neurol. 2. S. p. 154. **(Sitzungsbericht.)**
77. **Libert**, Lucien, Un cas de délire d'imagination. Ann. médico-psychol. X. S. T. II. p. 12.
78. Derselbe, Essai nosologique sur les délires systématisés raisonnants. L'Encéphale. No. 11. p. 339.
79. **Macquillan**, J. W., Emotional Paraphrenia. Journ. of Tennessee State Med. Assoc. Dec.
80. **Maggiotto**, F., Costituzione paranoica e periodi di eccitamento. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 184. **(Sitzungsbericht.)**
81. **Maier**, Hans W., Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 13. H. 5. p. 555.
82. **Majano**, N., Sulla paranoia. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 182. **(Sitzungsbericht.)**
83. **Marchand**, L., Considérations anatomo-cliniques sur les états mélancoliques simples. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 6. p. 222.
84. Derselbe, Les accès mélancoliques des obsédés douteurs. Ann. méd.-psychol. X. S. T. II. No. 6. p. 488.
85. Derselbe et **Petit**, G., Episodes hallucinatoires délirants au cours d'un état hallucinatoire conscient. Revue neurol. 2. S. p. 152. **(Sitzungsbericht.)**
86. **Marie**, A., Délire et dessins d'interprétation. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 123. **(Sitzungsbericht.)**
87. **Masselon**, René, Les délires hallucinatoires chroniques. L'Encéphale. No. 2—3. p. 133. 254.
88. Derselbe, Les psychoses associées (psychose maniaque dépressive et délire d'interprétation). Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 641.
89. **Maybardjuck**, Peter, Klinische Varietäten der chronischen einfachen und halluzinatorischen Paranoia. Inaug.-Dissert. 1911. Berlin.
90. **Mees**, R. A., Een geval van pernicieus verloopende Melancholie (Angstpsychose — Alzheimer). Psychiatr. en neurol. Bladen. No. 1. p. 64.
91. **Mignard**, M., La psychose dyspathique. Les phénomènes dyspathiques dans la psychose hébéphrénique. L'Encephale. 2. S. No. 8. p. 105.
92. **Mochi**, Alberto, Neuere italienische Untersuchungen über die Verwandtschaftsverhältnisse der funktionellen Psychosen. Rassegna di Studi psichiatrici. 1911. Vol. I. fasc. 1. p. 130.
93. Derselbe, Ancora delle sindromi psicasteniformi. Note e riviste di Psichiatria. Vol. V. No. 2.
94. Derselbe, Sindrome psichastenica e psicosi maniaco-depressiva. ibidem. Vol. III. No. 3.
95. Derselbe, Considerazioni cliniche sulla melancolia d'involuzione e sulla psichosi maniaco-depressiva. ibidem. Vol. IV. No. 3.
96. **Molin de Teyssieu**, G., La manie présénile (étude clinique). Thèse de Bordeaux. 1911.
97. **Neue**, Dementia paranoides mit ungewöhnlich zahlreichen Organempfindungen. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 138.
98. **Nolden**, Karl, Casuistischer Beitrag zur Paranoia chronica. Inaug.-Dissert. Kiel.
99. **Ostankow**, Über die Phasen der Manie. Protok. d. III. Kongr. russ. Psychiater. 1911.
100. **Pease**, E. M., A Note on the Prognostic Value of Hallucinations in the Manic-dépressive Psychoses. The Amer. Journ. of Insanity. **69**. 119.
101. **Perrin**, G., Melancholie et psychose maniaque dépressive. Revue de Psychiatrie. 1911. **15**. 489.
102. **Petery**, Arthur K., Manic-Depressive Insanity. Medical Record. Vol. 82. No. 19. p. 849.
103. **Petit**, G., Sur une variété de pseudo-hallucinations. Les auto-représentations mentales aperceptives dans les délires hallucinatoires chroniques. Revue neurol. No. 11. p. 778. **(Sitzungsbericht.)**
104. Derselbe, Des rémissions dans les délires hallucinatoires chroniques. ibidem. No. 11. p. 778. **(Sitzungsbericht.)**
105. **Petro**, Sur un cas intéressant de paranoïa à forme périodique. Journal de psychiatrie clinique.
106. **Pianetta**, C., Frenosi maniaco depressiva in gemelle. Riv. ital. di neuropat. **5**. 335.
107. **Renesse**, Hans v., Zur Differentialdiagnose zwischen Manie und Dementia hebephrenica (praecox). Inaug.-Dissert. 1911. Berlin.



108. Reuter, C., Paranoide Symptome bei einem Kinde. Budapesti Orvosi Ujság. 1911. No. 32.
109. Derselbe, Über den heutigen Stand der Paranoiafrage. Neurol. Centralbl. p. 1337. (Sitzungsbericht.)
110. Rezza, A., e Vedrani, A., Reperto istologico in un caso di frenosi maniaco-depressiva. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. fasc. 2—3. p. 504.
111. Rittershaus, E., Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-melancholischem Irresein mit besonderer Berücksichtigung der chronischen, perniziös verlaufenden Formen des letzteren. Mitteil. aus d. Hamburg. Staatskrankenanst. Bd. XII. H. 16. p. 475.
112. Riva, E., La paranoia nell'evoluzione della psichiatria. Riv. sperim. di Psichiatria. Vol. 38. p. 145. (Sitzungsbericht.)
113. Rodiet, A., Un cas de mélancolie anxieuse. Traitement dans une famille. Guérison de l'accès. Le Progrès médical. No. 4. p. 48.
114. Roehrich, Les états dépressifs. Rev. méd. de la Suisse Romande. 1911. No. 7.
115. Rogmann, Alfred, Beitrag zur sozialen Bedeutung der Paranoia chronica hallucinatoria. Inaug.-Dissert. Kiel.
116. Rosenfeld, Die Beziehungen des manisch-depressiven Irreseins zu körperlichen Erkrankungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 154. (Sitzungsbericht.)
117. Ross Haviland, F., The Relation of Manic-Depressive Insanity to Infective-Exhaustive Psychoses. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 467. (Sitzungsbericht.)
118. Roubinovitch, J., Un cas d'illusion de „déjà vu“ au début d'un délire de persécution. Revue neurol. 2. S. p. 783. (Sitzungsbericht.)
119. Sánchez-Herrero, Abdón, Obsésion de poseer. Archivos de Psiquiatria. 11. 236.
120. Derselbe, Un caso de melancolia degenerativa. El Siglo Medico. p. 803.
121. Schönhals, Über induziertes Irresein. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 899. (Sitzungsbericht.)
122. Seelert, Fall von paranoischem Zustandsbild. Neurol. Centralbl. 1913. p. 140. (Sitzungsbericht.)
123. Séglas et Logre, Délire imaginatif de grandeur avec appoint interprétatif. L'Encéphale. No. 1. p. 6.
124. Sollier, Paul, et Pagès, Un cas d'hallucinose de longue durée avec rétrocession de la croyance. Journal de Neurologie. No. 14. p. 261.
125. Soukhanoff, J., De la soi-disant folie gémellaire. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. 16. Déc. p. 486.
126. Soum, P., Sur une association de la folie intermittente et du délire de persécution. Thèse de Bordeaux.
127. Stein, Bruno, Beitrag zur Lehre der Paranoia chronica. Inaug.-Dissert. Kiel.
128. Stransky, E., Kurze Bemerkung zu Zingerles Arbeit: „Zur Kenntnis der Störungen des sprachlichen Ausdruckes bei Schizophrenie.“ (Neurol. Centralbl. No. 5.) Neurol. Centralbl. No. 8. p. 487.
129. Derselbe, Das manisch-depressive Irresein. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Leipzig-Wien. F. Deuticke.
130. Ter-Organnessian, Psychoanalyse einer Katatonie. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 26—27. p. 299. 309.
131. Trénel, Délire systematisé et syndrome circulaire. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 122. (Sitzungsbericht.)
132. Derselbe et Crinon, Un cas de délire d'imagination. ibidem. 10. S. Vol. I. p. 327. (Sitzungsbericht.)
133. Urstein, M., Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie. Wiener klin. Wochenschr. No. 33. p. 1254. u. Wien. Urban & Schwarzenberg.
134. Vento, R. P., Estudio sobre la mania. Revista de Medicina y Cirurgia. Dec. 10.
135. Vigouroux, A., Délire de persécution à base d'interprétations délirantes, traversé par des épisodes hallucinatoires d'origine toxique. Ann. médico-psychol. X. S. T. II. p. 85. (Sitzungsbericht.)
136. Derselbe et Hérisson, Délire polymorphe. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 123. (Sitzungsbericht.)
137. Derselbe et Prince, Un persécuté délirant à réactions dangereuses. ibidem. 10. S. Vol. I. p. 181. (Sitzungsbericht.)
138. Vinchon, La périodicité et les obsessions dans l'oeuvre de Morel. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 8. p. 327.
139. Voivenel, P., Sur un cas de délire d'interprétation, atténuation avec l'âge, considération de l'intelligence. Mis en liberté. L'Encéphale. I. S. No. 6. p. 536.
139a. Derselbe et Piquemal, J., Délire mélancolique d'un rétréci uréthral. Toulouse médical. p. 226.



140. **Weber, Heinrich, Zur Kenntnis der Katatonie jenseits des 30. Jahres. Wiener klin. Rundschau. No. 7—10. p. 97. 113. 132. 148. 165.**
141. **Wigert, Viktor, „Serie-vis" uppträdande sjukdomsanfall i manisk depressiv psykos. Upsala Läkareförening Förhandlingar. Ny Följd. Adertonde Bandet. Första och Andra häftet. p. 45.**
142. **Wyrubow, N., Ueber Zyklothymie und die Kombinationen. Psychotherapie. (Russ.) 3. 120.**
143. **Ziloochi, Alberto, Dementia paranoides mit interessanter Ideographism. Arch. di Anthropol. crim. Bd. 33. H. 5.**

Als interessanteste Publikation des letzten Jahres dürfte wohl der Vortrag Kraepelins über paranoide Erkrankungen mit der neuen Wortbildung „Paraphrenie" sein. Auch Hans W. Maier, Zürich, bereichert die psychiatrische Nomenklatur um eine entsprechende Form mit dem Ausdruck „katathyme Wahnbildung". Seine ausgezeichnete Arbeit will damit einen bisher noch nicht genau abgegrenzten Begriff festlegen und als Katathymie die Erscheinung bezeichnet wissen, wenn ein affektbetonter Vorstellungskomplex das Gleichgewicht zwischen Logik und Affektivität stört. Gurewitsch richtet scharfe Pfeile gegen die aus den Laehrschen Anstalten stammenden Arbeiten seines Landsmannes Urstein. Diesem tut das wenig; denn zu mächtig lebt in ihm der Begriff vom Werte seiner Forschungen. Krasser ist in dankenswerter Weise positiven Resultaten nachgegangen, indem er eine Zusammenstellung und kritische Würdigung der Vergiftungstheorien durch Sekretionsanomalien bei Dem. praecox gibt, um den Weg begangen zu erhalten, der zum vollen Verständnis dieser Krankheit führt. Unter den französischen Autoren, die den Vorteil haben, daß sie elegant schreiben und gut zu lesen sind, tobt dauernd der Kampf zwischen 2 Richtungen, welche durch die Namen Régis und Kraepelin gekennzeichnet sind, weiter. Mehr im Sinne des erstgenannten gehalten ist Masselons feine und geistreiche Arbeit. Vinchon gibt eine außerordentlich lesenswerte Zusammenstellung von Morels Ansichten und der Stellung, die er zu den heute soviel umstrittenen Gebieten nimmt. Courbon greift Tastevins jüngste Theorien an, und Voivenel, ein weißer Rabe, bricht eine Lanze nicht für eine Krankheit, sondern für die beste Unterbringung der Patienten. Der amerikanischen Literatur war Bahnbrechendes nicht zu entnehmen. Gegen Eva wendet sich Adam, wenn Jakobson Eva Neid kritisiert, die allerdings mit einem großen Aufwand wissenschaftlicher Philistrosität das Schaffen hervorragender Schriftsteller in manisch-depressive Phasen auflösen will.

Forster (42) bezieht sich in seiner kleinen Arbeit auf die Polemik, die Bleuler im Jahre 1908 gegen seine Theorie, die Affekte betreffend, gerichtet hatte, um von diesem Kothurn herab nochmals Gelegenheit zu nehmen, das ihm am Herzen liegende Thema anzuschneiden.

Banse (7) sucht an der Hand seiner Krankengeschichten nachzuweisen, daß es Fälle gibt, die weder zur Kraepelinschen Paranoia im heutigen Sinne noch zur Dementia praecox gerechnet werden können. Er macht den Versuch, die Grenzlinien zwischen den beiden Gruppen so zu verlegen, daß den Forderungen klinischer Erfahrungen besser Rechnung getragen werden könne. Daneben stellt er zwei andere Fälle, die wohl ein paranoides Anfangsstadium zeigen, aber zweifellos schon früh als Dem. praec. erkannt werden konnten. Er weist dabei auf ein bisher nicht genügend beachtetes Merkmal hin, welches eine Frühdiagnose sichert, nämlich auf die innerhalb des paranoischen Systems auftretenden Widersprüche oder die innere Unordnung des schizophrenen Denkens und Handeln, das mit den übrigen Ideen in keinem Zusammenhang stehe.



Maier (81) knüpft an die Birnbaumsche Arbeit „Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaften Einfällen bei Degenerativen" an und beleuchtet diese unter den speziellen Gesichtspunkten der an der Züricher Klinik herrschenden Anschauungen der Bleulerschen Schule. In dem Versuch, genauere Krankheitsbilder abzugrenzen, als Birnbaum das unter seinen Degenerativen tut, beklagt er die Mißverständnisse, die dadurch entstehen, daß eine Reihe rein symptomatischer Erscheinungen mit den gleichen Bezeichnungen versehen werden wie wirkliche Krankheitsbilder (hysterisch, manisch, melancholisch, paranoid, Korsakoff). Da sich der Inhalt stark affektbetonter Vorstellungskomplexe bei den meisten krankhaften psychischen Funktionen neben den reinen Affektstörungen (manisch-depressive Zustände), wo nur noch Assoziationen aneinander gereiht werden, die in der überwiegenden Gefühlsrichtung liegen, findet, so schlägt Verf. vor, für solche, deren Anordnung und inhaltliche Ausgestaltung Wunsch- und Angstaffekte oder ambivalente Strebungen im Zusammenhang mit bestimmten Vorstellungskomplexen — ausschlaggebend oder mitbestimmend — sind, die Bezeichnung Katathymie zu wählen. Katathym wären demnach auch die Halluzinationen der Hysterischen und unter Voraussetzung der Grundkrankheit diejenigen vieler Schizophrenen, psychogene Dämmerzustände und ähnliches. Nachdem Möbius (1899) mit der Einwirkung persönlicher Erlebnisse zur Auslösung einer Geisteskrankheit auf die Esquirolschen Anregungen zurückgegangen, nachdem Bonhöffer von der psychogenen Auslösung eines psychotischen Zustandes gesprochen, Hellpach das Wort von den reaktiven Psychosen geprägt und Jaspers in seiner bizarren Art die kausalen und „verständlichen" Zusammenhänge zwischen Schicksal und Psychosen beschrieben, nachdem der alte Paranoiabegriff von der Kraepelinschen Schule nicht als einheitliche Krankheit, sondern nur als symptomatologischer und Verlaufstypus gilt, war es eine natürliche Folgeerscheinung, daß gewisse Krankheitsbilder auf die symptombildenden Komplexe durchforscht wurden, was Verf. an der Hand einiger Krankengeschichten tut, die der angeborenen Intelligenzschwäche, gewissen Arten der Paranoia und der Schizophrenie einerseits, andererseits der Hysterie und anderen Arten der Paranoia zugehören, also Fälle, die das Gemeinsame haben, daß das Gleichgewicht zwischen Affektivität und Logik zugunsten der ersteren verschoben und damit eine allgemeine Disposition zu katathymen Erscheinungen gegeben ist. Im Prinzip ist die pathologische Wirkung gefühlsbetonter Komplexe deutlich mit den Wirkungen der pathologischen Dauerstimmungen in manischen und melancholischen Zuständen, die scharf von jenen geschieden werden dadurch, daß bei der Katathymie die pathologische Affektwirkung keine allgemeine, sondern eine an irgendwelche assoziativen Verbindungen mit dem gefühlsbetonten Komplex gebundene sind. In dem Kapitel Paranoia gibt Verf. einige besonders durch ihren kriminellen Einschlag interessante Typen, zunächst Grenzfälle, denen das feste Gefüge des Wahnsystemes fehlt, bis zu solchen von eigentlicher Paranoia. Ein weiteres Kapitel behandelt die Imbezillen mit katathymen Symptomen, ein folgendes, nach Gudden „Höherer Blödsinn" überschriebenes, schildert einen jener schriftstellernden Schwachsinnigen, wie sie Lombroso unter seinen Graphomanen schon ausführlich beschrieben. Diese haben vor allem eine weitgehende soziale Bedeutung, indem sie eine große Gefolgschaft anderer mehr oder weniger schwachsinniger Individuen hinter sich herlocken und deren intellektuellen und wirtschaftlichen Verfall beschleunigen. Zur Ausbildung eines katathymen Systems kommt es hier nicht, da die Einordnung des Wahninhalts unter bestimmte Richtungslinien, die von einem einheitlichen Komplex affektbetonter Vorstellungen ausgehen, fehlt. Der Ab-



schnitt „Wahnbildung bei manisch-depressiven Formen“ richtet sich besonders gegen die Spechtsche Auffassung der Paranoiafrage. Maier beschreibt einen Patienten, der zweifellos manisch-depressiv war, in den expansiven Perioden zwar querulatorische Tendenzen mit Größen- und Verfolgungsideen aufweist, ohne daß eine Systematisierung eintritt. Gelegentlich treten auch einige katathyme Bilder auf. Maier gibt zu, daß eine echte paranoische Wahnbildung wohl einmal bei einem Manisch-depressiven vorkommen kann, bekämpft aber energisch Spechts Vorgehen, die Grenzlinien zwischen beiden Erkrankungen zu verwischen. Er bespricht weiter die Wahnbildungen der Schizophrenen mit dem am häufigsten beobachteten Auftreten katathymer Wahnsymptome, ferner dasselbe bei Pseudologia phantastica, dann bei organischen Intoxikationsstörungen, darunter die der Epilepsie. Die Arbeit spiegelt in angenehmer Weise die Lehren der Züricher Schule wieder, aus denen die katathyme Wahnbildung als eine wertvolle Ergänzung zur Frage der endogen verursachten Psychosen hervorgewachsen ist.

Krueger (70) versucht an zwei Fällen nachzuweisen, daß es eine reine halluzinatorische Paranoia gibt, bei welcher die Halluzinationen die Wahngebilde dauernd umranken und illustrieren, ohne daß es bei den über ein Jahrzehnt beobachteten Erkrankungen zu einer Herabsetzung der Intelligenz gekommen sei. Um sie genauer von der Schizophrenie abzugrenzen, stellt er einen einwandfreien Fall von Dem. paranoides daneben auf. Wenn er als Zeichen intakter Intelligenz immer an erster Stelle das Erhaltensein von Gedächtnis und Merkfähigkeit nennt, so verweisen wir auf Bleuler, der mehrfach betont hat, daß das Gedächtnis, wie unsere jetzigen Beobachtungsmittel dies beurteilen lassen, bei der Schizophrenie nicht gestört ist.

Reuter (109) hält einen Vortrag über den heutigen Stand der Paranoiafrage, in welchem er den Werdegang dieser klinischen Form und der diesbezüglichen Auffassungen bespricht, und hebt namentlich die weitgezogene Definition Cramers und Ziehens, andererseits den engen Rahmen hervor, in welchen Kraepelin und seine Schule den Begriff der Paranoia fassen, während Specht die Paranoia in den Rahmen der Manie einbezieht, und Ssuchanow das Bestehen der Paranoia überhaupt leugnet. Seinen eigenen Standpunkt präzisiert Reuter dahin, daß der Begriff der Paranoia aufrechtzuerhalten wäre für jene Form chronischer psychischer Erkrankungen, bei welchen sich die ganze Individualität auf Grund langsam entwickelnder Wahnideen sukzessive umgestaltet, bei welchen nur nach überaus langer Dauer geistiger Verfall eintritt, und bei welchen Heilung a priori nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. (*Hudovernig.*)

In **Maybardjucks** (89) Arbeit haben wir keine Dissertation im gewöhnlichen Sinne vor uns. Die größere Hälfte der sehr umfangreichen Arbeit wird durch eine ausgezeichnete Würdigung des Paranoiabegriffes vom klassischen Altertum bis auf die Jetztzeit unter Heranziehung von Originalzitaten dargestellt. Beim Eingehen auf die Lehren der modernen Psychiatrie, wenn wir die der letzten 50 Jahre darunter verstehen, zollt er den Merksteinen derselben, wie sie durch Griesinger, Schüle, Krafft-Ebing, durch Morel, Magnan und andere dargestellt werden, eine ganz besondere Beachtung. Interessant sind seine Betrachtungen, soweit sie sich auf die jüngste Gegenwart und die sich am weitesten voneinander entfernenden psychiatrischen Vertreter der Paranoialehre, auf Kraepelin und Ziehen beziehen, welch letzterer für die Deduktionen des Verfassers von ausschlaggebender Wichtigkeit war. Die theoretischen Erörterungen schließt Verf. mit folgendem Schema, das im Sinne Ziehens und mit Anlehnung an Kraepelin Genaueres über die Unterschiedsmerkmale zwischen Paranoia und Dem. paranoides ergibt.



A. Paranoia.	B. Dementia paranoides.
Empfindungen: Primäre und sekundäre Sinnestäuschungen.	Sinnestäuschungen von bizarrem Charakter.
Affekt: Affektstörungen (primäre) fehlen oder kommen selten vorübergehend vor; sekundäre Affektstörungen häufig, letztere sind als adäquate Gefühlsbetonungen anzusehen.	Primäre und sekundäre Affektstörungen. „Gemütliche Stumpfheit" neben impulsiven Affektstößen.
Vorstellungen: Kein Intelligenzdefekt, vorausgesetzt daß keine Debilität vorhanden. Die Wahnvorstellungen bilden ein logisch geordnetes System.	Absurdität der Wahnvorstellungen, welche den zugrunde liegenden Verfall der Intelligenz verrät (Ziehen). Kombinationsdefekt; „es findet wohl eine Wandlung, aber kein eigentlicher Ausbau des Wahnes statt, der sich nicht zu einer geschlossenen Weltanschauung entwickelt, sondern in Form abenteuerlicher nur locker zusammenhängender Einfälle fortbesteht" (Kraepelin).
Handlungen: Stereotypien höchstens vorgetäuscht durch anhaltende Angstbewegungen oder monotone Halluzinationen.	Stereotypien, Perseveration, Grimassieren.

Der zweite Teil der Arbeit umfaßt 17 Krankengeschichten, von denen 7 als Paranoia simplex, 6 als Par. halluz., 2 als hysterische Par. und 2 als Dem. paranoides gedeutet wurden. Bei einigen Formen der halluz. Paranoia könnten wohl Zweifel aufsteigen — für einen Fall führt der Verfasser solche selbst als berechtigt an —, ob es sich nicht auch um Dem. paranoides handelt. Es sind dies Fälle, wo die kurz dauernde Beobachtung eigentlich nur zu Querschnittsbildern der Erkrankung führte. Seine weit über den Rahmen einer Dissertation hinausgehenden Betrachtungen faßt Maybardjuck am Schluß folgendermaßen zusammen:

I. Dem Inhalte der Wahnvorstellungen entsprechend tritt die chronische Paranoia in verschiedenen Varietäten auf.

II. Auch die klinischen Erscheinungen zeigen in keiner Beziehung eine Einheitlichkeit; reine Bilder kommen sowohl bei der einfachen, als auch bei der halluzinatorischen Form sehr selten vor. Wir finden sowohl Mischzustände als auch Übergangsformen häufig vor; so z. B. Halluzinationen bei der einfachen Paranoia, systematischen Wahn bei der halluzinatorischen Paranoia.

III. Die Ätiologie gibt im allgemeinen den Bildern kein besonderes Gepräge; ausgenommen sind diejenigen Fälle, bei denen Hysterie als ätiologisches Moment in Frage kommt (siehe Fälle 14 und 15).

IV. Die Paranoia unterscheidet sich differential-diagnostisch von der Dementia paranoides namentlich durch das Fehlen des bei letzterer vorhandenen Intelligenzdefektes: Kombinationsdefekt und affektive Verblödung.

Eine kurze Dissertation, in der **Hammer** (54) mit elementarer Kühnheit die Paranoiafrage und die Geschichte einer jetzt über 57 Jahre alten Patientin — Diagnose: Paranoia chronica simplex — abhandelt, die insofern zu denken gibt, als doch einige recht merkwürdige Züge im Krankheitsbilde auftreten. Neben der auch nicht ganz festen Wahnbildung produziert sie folgendes: Sie habe in 13 Jahren 75 kleine Kinder, wahre Liliputaner, dann wieder



in drei Ehen 33 Kinder geboren. Patientin ist meist heiterer Stimmung, lacht manchmal etwas läppisch, hat ein sehr geziertes Wesen und ebensolche Sprache angenommen und zeigt keine Neigung zu irgendwelcher Beschäftigung. Zeitweise drückt sich eine leichte Spannung in ihrem psychischen Verhalten aus, zeitweise ist sie erregt, schimpft, dann wieder ruhig, apathisch. Affektstörungen sollen schon sehr früh aufgetreten sein. Die ihre Wahnvorstellungen begleitenden Gefühle schildert sie als komisch, urkomisch. So kommt auch Verf. nur zu dem negativen Beweis: „die Wahnvorstellungen, die eines natürlichen Geschehens entbehren, sprechen jedenfalls nicht dagegen, daß es sich um einen Fall von Par. chronica handelt". Dem. paranoïdes?

Nolden (98) beschreibt den klassischen Typus einer Par. halluz. chron., die keine weiteren Besonderheiten bietet.

Die im Titel angedeutete soziale Bedeutung von **Rogmann**'s (115) Arbeit bezieht sich wohl auf die von einem chronischen Paranoiker infolge von Krankheit begangenen Delikte, einmal Abschneiden von Blumen in einem öffentlichen Park auf Befehl einer feindlichen Gewalt und gewerbsmäßige Kurpfuscherei.

Den Verlauf genauer Grenzlinien zwischen Dem. praec. und Manie bzw. manisch-depressivem Irresein zu ziehen, hat schon Rittershaus in einer sehr beachtenswerten Arbeit gemacht. **v. Renesse** (107) beschäftigt sich mit demselben Thema. Von den drei beschriebenen Fällen von Dem. praec., denen zwei Manien, eine davon auf debiler Unterlage gegenüberstehen, ist die interessanteste und am schwersten zu diagnostizierende, die eines 12jährigen Jungen. Hier treten neben den rein manischen Symptomen eine Reihe von Erscheinungen auf, die in diesem Alter ebensogut noch als physiologische der Flegeljahre zu deuten sind, während sie bei älteren Patienten deutlich als etwas Fremdes imponieren müßten. Nachdem der betreffende Patient sich in den ersten Wochen ganz wie ein Manischer benommen hatte, fiel bald auf, daß er keine Neigung zur Beschäftigung zeigte, daß ihn der Besuch der Mutter gleichgültig ließ, und daß ab und zu grundloses Lachen auftrat. Nach und nach drängten sich die Symptome der Dem. hebephrenica mehr hervor. Da Meningitis gummosa auch noch als möglich heranzuziehen war, wurde eine Quecksilberkur eingeleitet, die merkwürdigerweise eine weitgehende Remission, allerdings nur von kurzer Dauer, herbeiführte, bis dann die hebephrenische Demenz sich immer deutlicher herausschälte. Verf. betont, daß unter Umständen der einzige Weg, die beiden bezeichneten Symptome, nämlich den Kombinationsdefekt und die affektive Verblödung, sicher festzustellen, die längere Beobachtung sei. Jedenfalls sind für eine immer weitergehende Sicherung in der Diagnosenstellung solch ausführliche Krankengeschichten, die sich über Monate, selbst Jahre erstrecken, von außerordentlichem Wert. In demselben Sinne würde auch die ausführliche Beschreibung eines Falles von Manie bei Debilität zu bewerten sein, weil naturgemäß hier Zustandsbilder vorkommen müssen, die lebhaft an solche bei Dem. praec. erinnern.

Berghahn (13) bringt eine Zusammenfassung der heutigen Ansichten über Melancholie und diskutiert in recht ansprechender Weise speziell die senile Melancholie, die er gegen andere im Senium eintretende Depressionszustände abzugrenzen sucht. Er betont zum Schluß, daß diese Grenzen noch vielfach unsicher seien, und hebt hervor, daß nicht jeder Depressionszustand im Senium eine Melancholie, die senile Melancholie hinwiederum nicht als eine Psychose des Seniums, sondern eine solche im Senium sei.

Elfes (36) bringt ein ganz besonders interessantes Material, Anfälle von Katatonie, die jedesmal durch eine Schwangerschaft ausgelöst wurden



und nach den meist leichten Geburten wieder abklangen. Wir lernen hier jedenfalls ein paar neue Züge aus dem großen Dem.-praec.-Bilde kennen.

Mochi (95): Klinische Betrachtungen und Beschreibung einiger Fälle.
(*Audenino.*)

Becker (10) will im Gegensatz zu Kraepelin eine selbständige Krankheitsform anerkannt wissen, die sich durch traurige Verstimmung, Ideenverlangsamung, verminderten Bewegungsdrang und anderes äußert, gibt aber zu, daß vielfach erst katamnestisch sicher entschieden werden kann, ob eine Krankheit sui generis oder eine melancholische Phase des periodischen Irreseins vorgelegen habe. Den im Gefolge länger dauernder oder periodischer Melancholien eintretenden Schwachsinn möchte Verf. als Inaktivitätsdemenz bezeichnen. Zum Schluß betont er, daß die kleine Arbeit keine Pionierarbeit auf dem Wege neuer psychiatrischer Erkenntnisse darstellen, sondern nur eine Studie sein soll, welche mithilft, daß wir, wie Hoche sich so treffend zur Melancholiefrage äußerte, anfangen, uns auf unseren gemeinsamen Besitzstand zu besinnen.

Eschle (37) gibt hier eine ausgezeichnete Monographie der Hypochondrie, ihrer Entstehung und Bekämpfung. Nicht ganz können wir ihm zu Rosenbachs Ansichten folgen, daß es sich bei der Mehrzahl der Personen, die zu Hypochondern geworden sind, gar nicht um eine primär nervöse oder psychopathische Anlage handele, sondern mehr um eine unter dem Einflusse starker Gefühlsbetonung einzelner Vorstellungsreihen zustande gekommene Unzulänglichkeit der Urteils- und Schlußbildung. Ziehens Anknüpfungssymptome und Griesingers psychisch bedingten Fälle setzen doch zunächst einen psychopathischen Zustand voraus. Eschle betont folgendes: „Jedenfalls sind im Gegensatze zu dem primären hypochondrischen Gedankengange die meisten hypochondrischen Symptome neurasthenischen Ursprungs. Vor allem aber muß derjenige Grad des Krankheitszustandes, der bereits alle Merkmale einer wirklichen Psychopathie an sich trägt, durchaus als Teilerscheinung des neurasthenischen Irreseins betrachtet werden.“ Nicht immer ist die Abgrenzung gegen die Hysterie leicht, immerhin ruft hier aber nicht der spezifisch potenzierte Symptomenkomplex, den wir Hysterie nennen, sondern lediglich seine neurasthenische Komponente die hypochondrischen Beschwerden hervor. Die paranoische Hypochondrie will Verf. mit vollem Recht absolut von der einfachen Hypochondrie geschieden wissen. Jene stellt durchaus nicht ein besonders schweres Stadium der neurasthenischen Psychopathie dar, in das diese etwa bei protrahiertem Verlauf langsam übergehe, sondern sie ist lediglich eine Modifikation der „Verrücktheit“, die niemals dem sie charakterisierenden Kern der Verfolgungsidee vermissen läßt. Auch die progressive Paralyse, die Dem. praec., die Altersdemenz können absurde hypochondrische Ideen recht häufig in Verbindung mit Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen zeitigen. Für den Praktiker wertvoll ist der Schlußabschnitt, die Therapie der Hypochondrie behandelnd, die, wenn auch nicht zu den heilbaren, so doch zu den besserungsfähigen Leiden gehöre.

Becker (12) gibt eine freie Berichterstattung über die diesjährigen Verhandlungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie. Es genügt, hier darauf hinzuweisen, daß als Hauptredner Hoche und Alzheimer, als weitere Stransky, Kraepelin, Cramer, Kleist, Siemerling, Weygandt, Meyer, Zimbal, Leppmann und Urstein zu Worte kamen. Aus dieser Namenzusammenstellung ließ sich das Resultat prognostizieren, daß eine Einigung nicht erzielt wurde. Referent Becker bedauert außerordentlich, daß Ziehen in jener Diskussion fehlte, und konstatiert mit Verwunderung, daß auch sein



Name nicht einmal dabei genannt wurde. — „Auch Bonhöffer, der neue Stern, fehlte!" Das allgemeine Zustandsbild klingt bei Becker in den Worten aus: „Das manisch-depressive oder wie einer der Diskussionsredner vorschlug, manisch-melancholische Irresein zu umgrenzen, wird jedenfalls noch der Zukunft vorbehalten bleiben, und der nicht psychiatrisch geschulte Arzt verfügt leider einstweilen noch über keinen genau präzisierten Symptomenkomplex, der eine Differentialdiagnose allemal gestatte, der Fachpsychiater nur einen seiner individuellen und subjektiven Auffassung."

Weber (140) bemüht sich, für den viel beschriebenen Begriff der Dem. praec. ein neues sichtendes Moment, das zeitliche Auftreten betreffend, zu finden. Cramer bindet durch den Namen Jugendirresein die Dem. praec. an ein bestimmtes Lebensalter. Ziehen will keinen diagnostisch einwandfreien Fall nach dem 25. Lebensjahr gesehen haben und vermutet, daß Spätfälle zur sekundären Demenz gehören. Kahlbaum, Stransky und Mendel lassen die Frage offen, ob nach dem 30. Jahr auftretende Formen zur Katatonie bzw. Dem. praec. zu rechnen sind, und Kraepelin hat seinen früheren Standpunkt, daß Dem. praec. ausschließlich eine Erkrankung des jugendlichen Alters sei, bereits dahin verschoben, daß er dem Lebensalter keine Bedeutung mehr zumißt. Verf. bringt 9 Geschichten von Kranken, die nach dem 30. Jahr an Katatonie erkrankten, darunter 6 Frauen. Zwei der beschriebenen Patienten sind bereits verstorben, alle anderen noch krank in den Anstalten aufgehoben. Seine Resultate faßt Weber folgendermaßen zusammen:

1. Die Katatonie kann in jedem Lebensalter zum Ausbruch kommen, auch in der zweiten Lebenshälfte entwickelt sie sich gar nicht selten.

2. Frauen erkranken im späteren Lebensalter viel häufiger an Katatonie als Männer.

3. Die Prognose der jenseits des 30. Jahres einsetzenden Fälle von Katatonie scheint ungünstiger zu sein als die Prognose der Katatonie der Jugendjahre. Im übrigen sind prinzipielle Unterschiede zwischen den Spätformen und den Erkrankungen in jüngeren Jahren nicht vorhanden.

Zu 2 wäre noch zu bemerken, daß bei drei der erwähnten Frauen jedesmal eine mit dem Geschlechtsleben in Verbindung zu setzende Ursache nachzuweisen war, auf die Verf. nicht genügend hinzeigt. Patientin A. K., 37 Jahre alt, hatte in 15 Jahren 10mal geboren, den ersten Anfall der Krankheit in einer Laktationsperiode bekommen, den zweiten ungeheilten, nachdem sie das letzte Kind $^3/_4$ Jahr lang gestillt hatte.

Patientin A. G., 59 Jahre alt, erkrankte mit 49 Jahren; einige Jahre zuvor Menopause; jedenfalls stand sie noch im klimakterischen Alter.

Patientin M. N., 31 Jahre alt, erkrankte direkt im Anschluß an ihre erste, eine Zangengeburt.

Gurewitsch (52) legt an Ursteins neuestes Werk „Manisch-depressives und periodisches Irresein als Erscheinungsform der Katatonie" eine scharfe kritische Sonde. Wenn Ursteins Hauptidee darin besteht, daß die Dem. praec. mit periodischen Anfällen beginnen kann, die der manisch-depressiven Psychose ähnlich sind, so behauptet Gurewitsch, daß dafür die bis auf 20 und 30 Jahre zurückreichenden Krankengeschichten der Laehrschen Anstalten doch nicht genügend beweiskräftig seien, da wohl anzunehmen ist, daß häufig mehr schizophrene Symptome zu Beginn der Krankheit vorhanden waren, als der Psychiater damals notiert habe. Er betont weiter, daß Urstein nur den zwar richtigen, aber nicht neuen Satz bewiesen habe, daß die Dem. praec. periodisch verlaufen könne, zirkuläre Symptome aufweise und manchmal Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose gegen das



manisch-depressive Irresein biete. Er bekämpft es weiter, wenn Urstein sagt, er glaube nicht, daß der Katatonie ein materielles Leiden zugrunde liege. Als ebenso schwer umzustoßen wie zu beweisen erklärt er Ursteins Hypothese, daß die Ursache der Schizophrenie in einer anaphylaktischen Intoxikation liege, die als Folge einer abnormen Funktion der Geschlechtsdrüsen erscheine, wodurch übrigens eine anatomische Veränderung im Nervengewebe sehr wohl bedingt sein könnte. Indem Gurewitsch Urstein noch seinen Mangel an Literaturkenntnis vorwirft, gesteht er dem Werke resp. seiner Kasuistik doch eine gewisse Bedeutung zu als Material zum Studium der zirkulären Form der Schizophrenie und deren Abgrenzung vom manisch-depressiven Irresein.

Libert (77) diskutiert die Geschichte einer jetzt 78jährigen paranoiischen Patientin, interessanter durch das novellistische Beiwerk als durch die Erörterungen, die daran geknüpft werden. Inhaltlich ist das Wahngebäude jenen von Sérieux und Capgras zusammengestellten Fällen mit politischem bzw. historischem Einschlag an die Seite zu stellen, da die Patientin sich mit 16 Jahre dem Kaiser Napoleon III. angetraut und mit vielen hohen Persönlichkeiten der Republik in Verbindung glaubt. Libert hat sich die Aufgabe gestellt, die psychiatrische Frage zu lösen, ob es sich um Beziehungswahn und besonders um die von Sérieux und Capgras aufgestellte Varietät mit der Tendenz zu Konfabulationen handelt, oder ob wir es hier mit dem Einbildungswahn nach dem Typus von Dupré und Logre zu tun haben. Verf. neigt der letztgenannten Ansicht zu, nicht ohne einige Einschränkungen zu machen. Ganz in die Systematisierung eingesponnen, erscheint der Wahn besonders verwickelt und verschiedengestaltig. Er setzt sich zusammen aus der Gegenüberstellung einer großen Anzahl von Ideen, welche nur die Tendenz zu Größe und Verfolgungen gemeinsam haben. Die letzteren absorbieren gegenwärtig fast die ganze Tatkraft der Kranken. So hat sich die ursprünglich herrschende Erinnerung an den Sommermorgen, wo sie in der Kathedrale von Y den Schleier der Kaiserin Josephine trug, ganz verwischt. Heute steht der Wunsch zu verteidigen, und die Verfolger zu verfolgen, im Vordergrund. Bei dem jetzigen Stande der Paranoiafrage erscheint es besonders nötig, die mehrfachen Versicherungen Liberts hervorzuheben, daß trotz der langen Krankheitsdauer keine Schwächung der Intelligenz aufgetreten ist, daß die gelegentlich auftretenden Halluzinationen nur scheinbar solche sind, in Wirklichkeit aber Traumerlebnisse darstellen, die die Patientin mit in die Realität herübernahm.

Marchand (84) setzt sich, wie die Franzosen das ja besonders bevorzugen, zunächst mit Kraepelin und dessen Anhängern auseinander, für die es keinen Unterschied zwischen Anfällen von Zwangsideen und solchen von Depressionen gebe, die sie in gleicher Weise als Depressivphasen des manisch-depressiven Irreseins betrachten. Ihm kommt es darauf an, nachzuweisen, daß es Fälle gibt — er beschreibt deren zwei —, wo die Zwangsideen die melancholischen Zustände komplizieren oder mit ihnen alternieren. Nach seiner Meinung gibt es eine Varietät der Melancholie, die intermittierend bei erblich belasteten Patienten auftritt, deren geistiges Geschehen schlecht equilibriert ist. Solche Personen zeigen einen geistigen Dauerzustand, der durch Zwangsideen und besonders durch Fragezwang charakterisiert ist. Die bei ihnen auftretenden melancholischen Zustände zeichnen sich vor anderen melancholischen Verstimmungen dadurch aus, daß keine Verlangsamung der intellektuellen Prozesse dabei statthat, daß die Begriffsbildung eine normale ist, daß der Vorstellungsablauf und die Aufmerksamkeit ungestört sind und weder Illusionen noch Halluzinationen vorkommen. Die melancholische Phase ist



hier nichts anderes als eine Episode bei einem besonderen Seelenzustand, nämlich der Neigung zu Zwangsideen bei allgemeiner degenerativer Anlage. Die Befürchtungen, die Zweifel usw. werden stärker, die Depression tritt dazu, die Befürchtungen werden zu Gewißheiten, und so kommt es zu einem melancholischen Zustandsbild. Wenn nun auch diese Anfälle von Melancholie ebenso schnell wie jene beim manisch-depressiven Irresein auftauchen und verschwinden, so besteht doch ein schwerwiegender Unterschied im psychologischen Mechanismus der verstimmenden Wahnvorstellungen, die nichts anderes als die Umformung zwangsmäßiger Befürchtungen in positive traurige Geschehnisse darstellen. Eine der Patientinnen, die Selbstmord beging, wurde einer pathologisch-anatomischen Hirnuntersuchung unterzogen, die, wie zu erwarten, keine charakteristischen Besonderheiten ergab, aber Verf. doch zu dem Ausruf veranlassen: „Diese Beobachtung bestätigt die Hypothese, daß derartige Fälle von Melancholie nicht von einer Erkrankung des Hirns herrühren, sondern von einer konstitutionellen Veranlagung."

Masselon (87) wendet sich in einer außerordentlich feinen und geistreich geschriebenen Arbeit gegen die Systematisierung der Schule Kraepelins und anderer Autoren in der Paranoiafrage, die darin gipfele, einen tiefgreifenden Unterschied zwischen der einfachen Paranoia, dem systematisierten Beziehungswahn und der von Halluzinationen begleiteten herzustellen. Er bezweifelt zunächst, daß die Paranoia hallucinatoria die sichere Vorhersage gestattet, daß der davon Befallene der paranoiden Demenz oder der Dem. praec. anheimfallen müsse, und will den Graben zwischen einfacher und halluzinatorischer Paranoia nicht so tief und unübersteiglich gefurcht wissen. Die Arbeit zerfällt in zwei Kapitel, deren eines den systematisierten Wahn mit Halluzinationen, deren anderes die paranoide Demenz behandelt. Im erstgenannten hebt Verf. hervor, daß hervorragende französische Psychiater wie Barbe und Benon, Séglas u. a. imstande waren, mit paranoisch-halluzinatorischen Patienten zu argumentieren, deren Erkrankungen 15, 18 und 44 Jahre zurücklagen, ohne daß eine Abnahme der Intelligenz zu konstatieren war. Masselon selbst beschreibt zwei ähnliche Fälle. Jedenfalls beweist die klinische Erfahrung, daß es eine Reihe von derartigen Erkrankungen gibt, wo halluzinatorische Paranoia niemals von einer Schwächung der Verstandeskräfte gefolgt war, daß dagegen andere beobachtet wurden, wo eine solche langsam fortschreitend eintrat. Diese letztere Gruppe will er streng von der Dem. praec. geschieden wissen, mit deren weitgehenden Schädigungen sie nicht zu vergleichen sei. Er glaubt zwar, daß die klinische Beobachtung wohl imstande sei, bald zu diagnostizieren, ob eine Paranoia hallucinatoria der Demenz entgegenschreite, oder ob sie die Intelligenz intakt läßt, leitet aber daraus nicht die Berechtigung her, damit zwei verschiedene Krankheitsgruppen aufzustellen, sondern er betrachtet beide nur als quantitativ verschiedene Formen desselben Prozesses, dessen besondere Entwickelung von der größeren oder geringeren Rüstigkeit des Gehirns abhängt. Die Paranoia hallucinatoria ohne Defekt würde demnach als eine Übergangsform zur Dem. paranoides aufzufassen sein. Wenn Verf. damit dem Boden, auf dem die Paranoia entsteht, ein großes Gewicht beilegt und sich dabei an Falret, Magnan, Dupré, Arnaud, Gilbert Ballet und Régis anlehnt, indem er für jede Paranoia die psycho-pathologische Grundlage sucht, kommt er zu folgendem Schluß: Allgemein gesprochen sind die Paranoiker psychisch falsch Veranlagte, die bei einer ausgesprochenen Perversion des Urteils eine Übertreibung des eigenen Persönlichkeitsgefühls mit hervorragender Reizbarkeit verbinden. Masselon legt den Schwerpunkt bei der Diagnosen- und Prognosenstellung einmal nicht darauf, ob Halluzinationen

vorhanden sind, macht auch die Vorhersage einer Demenz davon nicht abhängig, sondern er fragt zunächst nach der Rüstigkeit der Intelligenz vor Ausbruch der Psychose und dann nach der Art der Halluzinationen. Seine Auffassung der Halluzinationen entkleiden diese des großen Wertes, der ihnen von den neueren Autoren beigelegt wird. Er nimmt die paranoischen Halluzinationen als ein Analogon zum Beziehungswahn und sagt: Beziehungswahn, Konfabulationen, Halluzinationen kann man vielleicht als das Signum eines unheilbar kranken Geistes auffassen, der von egozentrischen Neigungen beherrscht und diesen gegenüber kritiklos geworden, zwischen dem, was ihm die Erfahrung liefert, und dem, was aus seinen Empfindungen heraus geboren ist, nicht mehr unterscheiden kann. So glaubt er an die Wirklichkeit all seiner psychischen Prozesse, handele es sich nun um Ideen, die aus einem falschen Urteil entstanden, aus paralogischen Konstruktionen geschaffen, aus unkontrollierten Phantasien geboren sind, oder um sinnliche Eindrücke, hervorgegangen aus Perzeptionen ohne Objekt. Masselon ist geneigt anzunehmen, daß die Halluzinationen nichts anderes als ein dem normalen nahestehendes, nur schlecht erkanntes und falsch interpretiertes Phänomen seien, etwa der Stimme in unserem Innern zu vergleichen, das sich bei Paranoia nur verbreitert und übertrieben finde, da bei den Kranken das Denken durch die Wahnideen präokkupiert ist und alle äußeren Erregungen verdrängt. Wenn nun eine Gruppe Paranoischer halluziniert, die andere aber nicht, so faßt er dies als eine Sache des Temperaments und des Fortgeschrittenseins der Krankheit auf. Er nimmt bezüglich des Temperamentes an, daß der Beziehungswahn ohne Halluzinationen vielleicht die Folge einer paranoischen Veranlagung bei einem lebhaften und zu Mitteilungen geneigten Individuum ist, während die Halluzinanten die paranoische Veranlagung mit einem trüben, in sich gekehrten und sich nicht nach außen entfaltenden Temperament verbinden. Beide seien konstitutionelle Psychosen, die sich auf dem gemeinsamen Boden der Paranoia entwickeln. Aber selbst wenn die halluzinatorische Paranoia auch nur in den seltensten Fällen zur Demenz führt, so stellt sie doch zweifellos einen viel weiter vorgeschrittenen Krankheitsprozeß und damit eine Übergangsform zur paranoiden Demenz dar. Diese Krankheitsform, mit der sich der zweite Teil der Arbeit beschäftigt, erkennt Masselon demnach an. Ihre Hauptcharakteristika schildert er an der Hand eines Falles. Bei diesem wurden die Halluzinationen ziemlich selten beobachtet und nicht als diagnostisches Merkmal bewertet. Dagegen ist der Wahn in solchen Fällen von Beginn an schlecht systematisiert, oder es tritt sehr bald ein Verfall desselben ein, der bis zu völliger Inkohärenz führen kann. In demselben Sinne verändern sich die Halluzinationen, ohne daß das Individuum die Orientierung, eine gewisse Aktivität des Geistes und die Koordination verlöre. Masselon sieht im Gegensatz zu Kräpelin zwischen Dem. praec. und Dem. paranoides einen großen Unterschied nach Natur, Entwicklung und Symptomatologie der Krankheit. Er schließt seine Arbeit damit, daß nach seinem Ermessen die neuen Ideen Kräpelins über die halluzinatorische Paranoia sich nicht mit den klinischen Erfahrungen decken. Die Beziehungen, welche zwischen systematisiertem Wahn mit Halluzinationen und einfachem Beziehungswahn bestehen, die Zwischenformen, welche die vorgenannten mit der Dem. paranoides verbinden, die gemeinsame Grundlage, auf welcher diese Krankheitsformen sich entwickeln, geben uns das Recht, sie zu einer gemeinsamen Paranoiagruppe zu vereinen. Es sind dies hervorragend konstitutionelle Psychosen, welche von erworbenen, wie die Dem. praec. eine ist, streng zu trennen sind. Diese große Paranoiagruppe möchte Masselon folgendermaßen einteilen:



a) Querulantenwahn,
b) Beziehungswahn,
c) halluzinatorischer systematisierter Wahn,
d) Dementia paranoides.

Je nach der Rüstigkeit des befallenen Gehirns und je nach der Kraft der auflösenden Ursachen wird sich das paranoische Temperament nach der einen oder der anderen Richtung auswachsen.

Soukhanoff (125) nimmt die Gelegenheit, einen Fall von manisch-depressivem Irresein bei Zwillingen zu beobachten, wahr, um seine Ansichten dahin auszusprechen: „Die Kritik beginnt soeben die nebelhafte Atmosphäre, welche ziemlich lange das Studium der Zwillingspsychose umhüllte, zu zerstreuen. Sie sind als familiale, auf gleicher Anlage begründete Erkrankungen aufzufassen." Dies weist Verf. an der Hand seiner Fälle besonders deutlich nach.

Sollier und **Pagès** (124) beschreiben einen Fall von Halluzinose, der dadurch ausgezeichnet ist, daß die Patientin, nachdem sie vorher an die Halluzinationen glaubte und sie zum Teil interpretierte, später darüber steht und sie bewußt als solche empfindet, ohne daß diese dadurch an Intensität verlieren. Ein Zurückgehen der Intelligenz wurde nicht beobachtet.

Vinchon (138) hat den recht schätzenswerten Gedanken gehabt, den vielen neueren Einordnungen und Abgrenzungen des manisch-depressiven Irreseins die Ansichten Morels, die dieser in seinen Abhandlungen über die geistigen Erkrankungen im Jahre 1853 niederlegte, gegenüberzustellen. Es ist schade, daß Verf. sich so sehr kurz gefaßt hat. Außer einigen charakteristischen Psychosen aus Morels Werken ist das Wichtigste in den Schlußsätzen zusammengefaßt, die hier fast ungekürzt wiedergegeben seien: „Wir wissen, daß Morel die periodischen Geisteskrankheiten nur als Affektionen betrachtet, deren Entfalten nach einem gewissen Rhythmus geschieht, und die durch Heredität charakterisiert sind. Er meinte, daß aber der Rhythmus nicht allein die nosographische Einheit festlege, und daß er bei vielen der Erkrankungen nur ein allgemeines Kennzeichen derselben ist. Nichtsdestoweniger werden wir einen Augenblick die Periodizität der Hereditarier und die der Manisch-depressiven identifizieren. Wir sehen, daß in beiden Fällen sich die Anfälle auf die gleiche Art entwickeln, indem sie nicht in Demenz ausgehen, aber in der Folge zu Wahnbildungen führen können. Die Ätiologie ist dieselbe für die melancholischen und manischen Stadien, und die Wahnbildungen finden sich sowohl bei Hereditariern als bei Manisch-depressiven. Auch findet man auf der Basis der psychopathischen Zustände, auf welche wir anspielten, in allen Graden die Labilität der Stimmungen, die man heute unter dem Namen der zyklothymischen Konstitution betrachtet. Einem solchen Zusammenströmen von Tatsachen stehen wir verwirrt gegenüber und fragen uns, ob die neuen Klassifikationen auch neue Ideen bringen, und ob wir mit ihnen der großen Erfahrung der alten Irrenärzte von früher viel hinzufügen können, besonders aber derjenigen Morels, welcher einer der besten Beobachter der klinischen Psychiatrie der letzten Jahrhunderte war."

Mignard (91) beleuchtet hier einige affektiven Symptome der Dem. praec., die als Apathie besonders bei Katatonie, als Dyspathie bei Hebephrenie zur Beobachtung kommen. So führt er z. B. die Manieriertheit und Bizarrerien der Hebephrenen auf affektive Inkohärenz zurück, auf das tiefe Mißverhältnis, das zwischen Fühlen und Wollen bei ihnen bestehe, die wie die schlechten Schauspieler nicht oder nur schlecht die Gefühle ausdrücken, welche ihre Worte enthalten. Obwohl Mignard annimmt, daß es kaum eine Hebephrenie ohne Katatonie gebe, beschäftigt sich der Aufsatz besonders mit den hebe-



phrenischen „dyspathischen“ Formen, nicht ohne einen Erklärungsversuch, warum die Dyspathie so häufig von der Apathie abgelöst, mit anderen Worten, warum die katatonen Symptome im Verlauf der Hebephrenie so häufig auftreten. Die hervorstechendsten Symptome dieser Krankheit, Stereotypien, Manieren, Hemmungen, Perseverationen, kataleptische Zustände führt er auf affektive Inkohärenz zurück, die intellektuellen Störungen, scheinbare Demenz auf die Schwankungen der Aufmerksamkeit. Die Abschwächung der Empfindungen der Hebephrenen will er als solche nicht gelten lassen. Er meint, die affektive Störung gebe nur manchmal diesen Anschein, während sie in der Katatonie wirklich vorhanden sei. Mit diesen seinen Meinungen glaubt Mignard die Ansichten der Kräpelinianer, diejenigen Régis' und selbst die Freuds und Jungs vereinigen zu können. Jedenfalls würde dies aber nur eine Einigung auf dem kleinen Gebiete der Dyspathie bedeuten und auch da kaum, da die Ansichten der einzelnen hierüber doch auf anderen Grundelementen aufgebaut sind.

Libert (78) wendet sich besonders gegen das Bemühen derjenigen Autoren, welche die nosologischen Einheiten der geistigen Erkrankungen in einige wenige Gruppen aufteilen wollen, was dahin führe, daß eine ganze Reihe von Beobachtern sich gezwungen sehen, Zwischenformen zu beschreiben und als Varietäten eine der fest umrissenen Psychosen darzustellen. Vallon hat die Schranke zwischen Beziehungswahn und Querulantenwahn niedergerissen, Gonnet ordnet mit Régis die Mytomanen unter die systematisierte progressive nicht halluzinatorische Paranoia. Masselons Arbeit, die ebenfalls in diesen Blättern referiert ist, wird herangezogen und darauf hingewiesen, daß er die Dem. praec. von der paranoiden Demenz trennen, vier andere große Gruppen (siehe Referat) alle unter dem Paranoiabegriff unterbringen will, entgegen der Auffassung anderer Autoren. Der Verf. will dann an einem Fall nachweisen, wie der Beziehungswahn von den pseudologischen Formen strengstens zu trennen sei und sich auch trennen lasse. Er nimmt dies zum Vorwand, um nochmals ausführlich sein oben erwähntes Hauptthema, die Reduktion der nosologischen Gruppen und Formen in der Psychiatrie auf einige wenige Einheiten, wieder anzuschlagen. „Was heute für die Psychiatrie eine gewisse Gefahr bedeutet, das ist eine zu eilige Generalisation. Ganz besonders muß man sich hüten vor der Synthese, die nur Wert hat, wenn sie sich auf lange und geduldige Analysen stützt, und die nur in der Hand superiorer Geister liegen darf. Zunächst sollte man die ganze Domäne der Geisteswissenschaft zerstückeln, sie auf ihre Elemente zurückzuführen, um aus den zerstreuten Trümmern ein Gebäude aufzuführen. Denn alle Wissenschaft, ehe sie zu einer definitiven Form gelangt, macht diese analytische Phase durch.“ Alle diese Behauptungen zeigen zum mindesten, daß Libert ein eleganter Schriftsteller ist, was er besonders noch im Schlußsatz der Arbeit beweist: „Man hüte sich vor überschnellen Generalisationen und vor dem ewigen Skeptizismus. Man schreibe nicht gleich in Erz, man schreibe in den Sand; denn bei dem gegenwärtigen Stand der Psychiatrie wird niemand behaupten wollen, daß dieser ewige Dauer haben könne.

Gonnet (49) bringt die Krankengeschichte eines jungen Menschen mit systematisiertem Verfolgungs- und Größenwahn, mit einigen wahnhaften Interpretationen und zahlreichen Mythenbildungen. Die Krankheit kam im 22. Jahr zur Beobachtung, im 26. Jahr starb Patient an Tuberkulose. Die älteren Autoren würden den Fall zweifellos als originäre Paranoia diagnostiziert haben, die Kräpelinianer manches Symptom für Dem. praec. finden, das Alter des Patienten, das schubweise Auftreten, die Einbildung,



gleichzeitig Mann und Weib, nämlich Königin Viktoria II. und König Georg I. von England zu sein, welche Konstellationen Bleuler als ganz speziell der Schizophrenie zugehörig betrachtet, ferner ein allerdings nur kurze Zeit währendes autistisches Verhalten, auf die nur die Bemerkung hindeutet: „Kurz vor seinem Tode entschloß er sich aufs neue zu sprechen", und ferner die inadäquate Reaktion auf die verschiedensten wahnhaften Vorstellungen. Gonnet nimmt an, es habe sich um einen wahnhaften Prozeß gehandelt, der frei von jeder feststellbaren geistigen Schwäche gewesen sei, der eine bemerkenswerte systematische Aktivität und sehr früh schon die Hauptcharakteristika des chronischen systematisierten Wahns oder, wenn man so will, der chronischen Paranoia gezeigt hatte. Gonnets Interesse wendet sich hauptsächlich dem mythomanischen Einschlag des Falles und seiner Einordnung in das psychiatrische System zu. Er fragt sich, ob man die beiden Typen des einfachen Beziehungswahnes und des fabulierenden — der halluzinierende soll hier nicht angezogen werden — als nosographische Einheiten oder als nur klinisch verschiedene Formen betrachten soll, die sich auf dieselbe Psychose beziehen, und deren Grundeigenschaften dieselben seien. Da nach Sérieux und Capgras, nach Dupré und Logre Konfabulationen und Beziehungswahn nebeneinander bestehen, sich kombinieren, auch alternieren können, ohne daß die anderen Krankheitscharaktere dadurch verändert werden, so kommt Gonnet zu dem Resultat, daß der Wahn selbst den Konfabulationen nicht untergeordnet oder in den Dienst der Konfabulationen gestellt sei, d. h. der Beziehungswahn ist das Primäre, die Konfabulation das Sekundäre. Ob wirkliche oder konfabulierte Ereignisse der Wahnbildung zugrunde liegen, das hängt nur von Entwicklungsprozessen ab. Entgegen Sérieux und Capgras will er Analogien zwischen gesund und krank, wie auch Esquirol sie betonte, wenn er sagt, daß die Irren nur falsche Vorbedingungen aufstellen, auf welcher Grundlage sie dann aber folgerichtig weiter urteilen, nicht gelten lassen. Der Verrückte benimmt sich auch seinen eigenen Aufstellungen gegenüber nicht so, wie das ein Gesunder tun würde. Wenn er aber aus seinem Fall nachweisen will, daß der Paranoiker mit Verfolgungs-, z. B. mit Vergiftungsideen, diesen nur in wenig zweckentsprechender Weise gegenübertrete, so mag das wohl für seinen Kranken und für die meisten Fälle von Dem. paranoides oder Dem. praec. mit Verfolgungsideen Geltung haben, läßt sich aber für die Paranoia durchaus nicht verallgemeinern; denn es gibt doch eine ganze Reihe von Paranoikern, die sehr zweckmäßige Abwehrbewegungen versuchen, ihre Dienstboten, ihre Lieferanten, ihren Wohnort wechseln, die angeblich vergifteten Speisen dem Gericht oder einem Untersuchungsamt zuweisen u. a. m.

Auch **Séglas** und **Logre** (123) beschäftigen sich mit einem Fall konfabulierender Paranoia ohne jedes halluzinatorische Phänomen, nehmen aber im Gegensatz zu Gonnets Fall an, daß die Konfabulationen als primäres Motiv auftraten, dem die Interpretationen erst folgten. Es handelt sich um familiale und filiale Größenideen bei einer 28jährigen Frau im Anschluß an einen Abort, im Sinne von Sérieux und Capgras, um Phantastereien, wie sie in der Kindheit normal als Wünsche auftreten: „Wäre ich reich, oder Prinz, oder König."

Courbon (25) wendet sich gegen die Theorien Tastevins, die dieser im vorigen Jahre publizierte, und die darauf hinausgingen, zu beweisen, daß die Depressions- und Exzitationszustände der periodischen Psychosen nicht Anfälle von Melancholie und Manie, sondern von Asthenie und Hyperasthenie seien. Diesen neuen Anschauungen macht Verf. den Vorwurf, zu exklusiv psychologisch zu arbeiten und sich nicht genügend mit dem Studium



der verschiedenen Modifikationen der organischen Vorgänge zu beschäftigen, welche den krankhaften Seelenschmerz bedingen. Die krankhafte schmerzliche Erregung ist nur der Ausdruck eines bestimmten Zustandes von Organtätigkeit. Es ist nur logisch anzunehmen, daß der entgegengesetzte Zustand von einer angenehmen Emotion begleitet sei. Die peinliche Cenästhesie (ohne dieses Wort kann Verf. nicht auskommen) wird durch all die peinigenden Empfindungen dargestellt, auf die Schüle schon aufmerksam gemacht hat. Die angenehme Cenästhesie gibt ein Gefühl von Expansion; einer von Courbons Kranken schildert es so: Es sei ihm bei manischen Anfällen, als fühle er sich im Kopf und Leib von einer ganzen Armee leichter Artillerie, Infanterie und Kavallerie vorwärts gestoßen. „Jedenfalls", schließt der Verf., „umfassen die periodischen Psychosen ein viel weiteres Feld als das, welches die Theorie von der Asthenomanie umschließe, es ist die Krankheit des Rhythmus der gesamten vitalen Tätigkeit". Die Aufstellung des manisch-depressiven Irreseins müsse ihren vollen nosographischen Wert behalten, da sie allein imstande ist, alle Fälle zu erklären, während Tastevins Theorien nur für ganz bestimmte Geltung haben.

Voivenel (139) spricht in erfreulicher Weise ein kräftiges Wort, das sich einmal nicht mit dem Systematisieren und Einordnen der Psychosen, sondern mit der besten Unterbringung der Patienten beschäftigt. Er ist der Meinung, daß es eine ganze Reihe nicht halluzinierender, nicht verblödender Paranoiker gibt, für welche die Internierung, die aus anderen Gründen vielleicht unbedingt nötig ist, eine Verschlechterung ihrer Daseinsbedingungen (pis-aller) bedeutet. Wenn ihre übertriebenen pathologischen Reaktionen zunächst Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt fordern, so sind nicht selten ihre höheren Jahre ein Grund, sie wieder in Freiheit zu setzen. In der Tat kommt es bei der Paranoia nicht allzu selten vor, daß das Alter ihrer Intelligenz nichts anhat, aber glücklicherweise die Reaktionen des Kranken günstig beeinflußt und sie nicht mehr gemeingefährlich, sondern höchstens noch peinlich wirken. Voivenel verfügt über einen instruktiven, hierher gehörigen Fall einer Dame, die mit 47 Jahren interniert wurde und 11 Jahre später entlassen werden konnte, natürlich ungeheilt; aber ihre Psychose war unter dem Einfluß des Alters und der Internierung, die sie ihren krankhaften Reaktionen zuschreiben mußte, besänftigt worden. Sie sagt und erklärt wie folgt ihre Selbstbeherrschung: „Ich habe zwischen einer schwierigen und einer jammervollen Situation zu wählen. Die Behörden kennen meine Angelegenheiten. Ich glaube nicht, daß ich sie anrufen werde. Ich werde arbeiten usw." Wenn man bedenkt, welche Peinlichkeit für viele Kranken das Anstaltsleben mit sich bringt, so kann man Voivenels Schlußsatz mit seinen humanen Gedanken gar nicht genug begrüßen: „Es ist so leicht, diese Patienten bei dem geringsten unbesonnenen Streich wieder zu internieren, daß man ihnen unbedingt zunächst wieder den Versuch gönnen muß, das Leben in der Gesellschaft zu führen."

Dide und **Carras** (29) schildern einen Fall, den Kräpelin heute vielleicht zur Paraphrenia expansiva, seine Schüler je nach ihren Liebhabereien zur Dementia praecox, zur Schizophrenie, einige vielleicht auch zur Dementia paranoides gerechnet hätten. Verff. wollen daran nachweisen, daß es eine Manie mit euphorischem Beziehungswahn gibt. Sie sehen eine Lücke in der psychiatrischen Wissenschaft, daß sie die Klasse der optimistischen Paranoiker noch nicht festgelegt habe. Es sei durchaus nicht notwendig, daß die Einbildungen immer von übel wollenden Reaktionen und peinlichen Gefühlen begleitet seien. Nachträglich scheinen den Verff. übrigens doch einige Bedenken an der intellektuellen Integrität ihres Mannes aufgestiegen zu sein.



Sie verteidigen seine Neigung, Neologismen zu bilden, ohne auf das eigentümliche im Sinne der zurückgehenden Intelligenz sich abspielende Gesamtdasein einzugehen, ohne das Schwachsinnige seiner Wahnideen näher zu beleuchten.

Die sehr bemerkenswerte Dissertation von **Dietrich** (30) erörtert besonders an der Hand eines sehr eingehend studierten Falles den Symptomenkomplex der chronischen Manie. Der Fall zeigte auf dem Gebiete des Affektes besonders gehobene Stimmung mit paranoischen Andeutungen in seinen Vorstellungen und Empfindungen. Er neigte zu Selbstüberschätzung in körperlicher und geistiger Beziehung. Andererseits besteht große Reizbarkeit, Neigung zu Zornausbrüchen und Tobsucht, starker manischer Betätigungsdrang. Auch der ideenflüchtige Gedankenablauf ist deutlich ausgeprägt. Es kommen bei ihm aber auch vorübergehende Depressionszustände vor und Schwankungen im manischen Gesamtverhalten. Aber auch quärulierende Zeichen sind hier deutlich ausgeprägt, die sich in unermüdlichen, weitschweifigen Klagen und Berichten an die Staatsanwaltschaft und Behörden äußern, wobei er alle möglichen Paragraphen des Bürgerlichen Gesetzbuchs und Strafprozeßbuches anführt. Außerdem ist er Gelegenheitstrinker und Schwadronär an der Bierbank gewesen, um seinen Rededrang zu betätigen. Er war von Hause aus schwer belastet und psychopathisch. Im Anschluß hieran teilt Dietrich noch zwei weitere von ihm beobachtete Fälle mit und die Krankengeschichten von vier Parallelfällen aus der Arbeit von Nitsche. (*Bendix.*)

Marchand (83) hat den vor ihm schon von Etoc-Dumazy, Marcé, Schüle, Meynert, Wiglesworth, Kovalewsky, Pierret und Paret, Athanassio, Masselon, Southard und Mitchell, Turner und Hollander unternommenen Versuch gemacht, bestimmte hirnanatomische Läsionen bei Melancholischen durch die Autopsie festzustellen. Die letztgenannten beiden Autoren allerdings hatten den Mut, aus ihren Befunden bestimmte Schlüsse zu ziehen. Demgegenüber behauptet Marchand, daß alle zur Sache gelieferten Arbeiten bisher nicht imstande waren, Beziehungen zwischen bestimmten zerebralen Läsionen und der einfachen Melancholie zu konstatieren. Er selbst hat in zwei Fällen ängstlicher Melancholie und in drei Fällen von Melancholie mit Stupor histologische Untersuchungen angestellt, deren Resultat er hier mitteilt. Kurz zusammengefaßt, fand er folgendes: Bei beiden Erkrankungen finden sich meningo-kortikale Veränderungen, die sich dahin skizzieren lassen: Bei der einfachen Melancholie beobachten wir diffuse Läsionen, die aber im Bereich der lobi frontales vorherrschen, und zwar in Form von Adhärenz der Meningen, Infiltration der Pia mater und der Rinde mit embryonalen Zellen, ferner leichte perivaskuläre Entzündungen einiger isolierter Gefäße. Dagegen wurde die Integrität der markhaltigen Fasern und des Neurogliagewebes konstatiert. Im ersten Fall fand Verf. Chromatolyse der Pyramidenzellen, die er auf die Broncho-Pneumonie, welche Patient durchmachte, schob, da sie in anderen Fällen nicht vorhanden war. Beim zweiten Patienten enthielten die Pyramidenzellen eine Zone der Pigmentierung mit gut erhaltenen Kernen. Da diese sich immer bei älteren Individuen findet, glaubte Marchand, auch ihr keine Bedeutung beilegen zu müssen. Die Hirnläsion der von Melancholie mit Stupor befallenen Patienten ähnelt den vorher geschilderten bei einfacher Melancholie ungemein und unterscheidet sich von ihnen nur durch einige kleine Besonderheiten. Zur Infiltration der Meningen mit meningo-kortikalen Adhärenzen, der diffusen Enzephalitis gesellt sich eine leichte Sklerose der molekularen Zone. Diese Sklerose war in den Fällen 3 und 5 von einer Degeneration der tangentiellen Fasern begleitet, während im Fall 4 der Exnersche Bereich normal



war. Nun hat die klinische Erfahrung gezeigt, daß einfache Melancholie und Melancholie mit Stupor noch nach vielen Jahren, besonders nach einer akuten körperlichen Krankheit heilen können. Dieses Faktum sucht Verf. mit seinen Beobachtungen dahin zu vereinigen, daß er annimmt, die Enzephalitis verschwinde unter dem Einfluß eines Krankheitsprozesses, der zur Bildung von Antikörpern führt. Da diese Enzephalitis keine tiefgehenden Läsionen der edleren Rindenteile und der Assoziationsfasern (Tangentialfasern) verursacht hat, so kann das Individuum seine normale geistige Beschaffenheit wiedererlangen. So sieht man auch — Marchand zitiert eine Reihe von Beobachtern — bei einer interkurrenten zum Tode führenden Krankheit die intellektuellen Fähigkeiten ihre Funktionen nach und nach wieder aufnehmen. Da seine eigenen Patienten auch an Gehörshalluzinationen litten, so sucht er, allerdings vergeblich, nach spezifischen Störungen im Bereich der Kortex. Er glaubt nicht, daß die Halluzinationen auf einer Irritation der sensorischen Hörsphäre beruhten. Die Frage, ob die beobachteten Läsionen nun auch wirklich als ein pathologisch-anatomisches Substrat, speziell bei melancholischen Zuständen anzusehen seien, oder ob sie sich auch bei anderen geistigen Erkrankungen finden, glaubt Marchand dahin beantworten zu müssen, daß sie vermutlich bei allen möglichen psychopathologischen Zuständen auftreten, die durchaus nicht immer mit der Melancholie etwas Gemeinsames zu haben brauchen. Gewisse Psychosen sind ausgezeichnet durch zerebrale Läsionen, aber diese sind nicht für jede Art von Psychose charakteristisch und spezifisch.

Mochi (92) gibt ein deutsches kurzes Sammelreferat über psychiatrisch-klinische Forschungen von 14 italienischen Autoren, um deren Werke auch solchen zugängig zu machen, die der italienischen Sprache nicht mächtig sind oder die zahlreichen Fachzeitschriften nicht einsehen können. Es ist immer mißlich über ein Referat zu referieren. Deswegen sei hier nur erwähnt, daß es sich um Arbeiten von Salerni, Levi-Bianchini, Maggiotto, Ulei, Fratini, Ugolotti, Tamburini, D'Orma und Alberti, Valtorta, Mochi, Vidoni und Paravicini handelt, die Ref. dem Inhalt nach in folgende Gruppen einteilt: 1. Solche über die Verwandtschaftsverhältnisse zwischen Epilepsie und manisch-depressivem Irresein einerseits und zwischen Epilepsie und Dem. praec. andererseits, 2. solche, wo die Verhältnisse der Hysterie, einschließlich der Zwangsideen zum manisch-depressiven Irresein und zur Dem. praec. besprochen werden, 3. solche über die Beziehungen der zwei sogenannten Kräpelinschen Formen zueinander. Schon aus dieser Aufzählung geht hervor, daß alle hier referierten Arbeiten sich auf dem Boden der Kräpelinschen Klassifikation bewegen.

Becker (11) ist einer der wenigen Autoren, die sich nicht nur mit der geistigen Erkrankung, sondern auch mit dem Kranken und seinem Schicksal, mit Prognose und Therapie beschäftigen. Was seine Ansicht über die Paranoiafrage betrifft, so steht er vollständig auf Ziehens Boden, wie sie in der neuesten Auflage von dessen Lehrbuch behandelt wird.

Der erste Teil von **Hanes'** (55) Arbeit, die er in der neurologischen Akademie von Rochester im Februar 1911 vortrug, gibt einen Abriß der bei infektiös erschöpfenden Krankheiten auftretenden Delirien und ihrer besonderen Formen, einmal die klassischen, wild aktiven Erschöpfungsdelirien während des Fiebers bei Pneumonie und Typhus, zum anderen die postfebrilen, subakuten, mit umnebeltem Sensorium, unbestimmter Angst, unruhigen Halluzinationen und Depressionen mit widerspenstigen Empfindungen. Zu den Erschöpfungsdelirien rechnet man gewöhnlich auch die akute delirante Manie, die Verf. aber gesondert anführen will. Er schildert den



Verlauf der toxischen Psychosen und verweilt sehr ausführlich bei den Alkohol-, den Kokain-, den Morphin- und den Atropindelirien, um dann die bei Hysterie, Epilepsie, Chorea und Paralyse episodisch auftretenden psychotischen Zustände dieser Ordnung zu beschreiben. Es folgt das Beschäftigungsdelir der senilen Demenz. Bei den organischen Erkrankungen Arteriosklerose und Hirnsyphilis mit apoplektischen und apoplektiformen Phänomenen, ferner bei Hirntumoren und Abszessen, bei zentraler Neuritis und lokomotorischer Ataxie finden sich ganz verschiedenartig charakterisierte Delirien, ebenso bei posttraumatischen Psychosen. Verf. geht dann über zu den sogenannten akuten manischen Delirien und deren Verwandtschaft zum manisch-depressiven Irresein. Da nun immerhin Fälle mit guter Ätiologie zur Beobachtung kommen, die von fast allen modernen Autoren, Kräpelin eingerechnet, als Kollapsdelirien im Verlauf des manisch-depressiven Irreseins bezeichnet werden, so hält es Verf. für angebracht, zur Klärung dieser Frage derartige Fälle genauer auf ihre Beziehungen zum manisch-depressiven Irresein zu studieren. Jedenfalls ist ganz energisch zwischen wirklichen Kollapsdelirien und der akuten deliranten Manie zu unterscheiden. Die erstgenannten treten bei neuropathischen Individuen nach Chock und Entkräftung ohne vorhergehende und nachfolgende psychotischen Symptome, die anderen nur im Verlauf von manisch-depressiven Erkrankungen auf. Um die typischen Bilder des klassischen Kollapsdeliriums vom akuten Delirium im manisch-depressiven Irresein genau zu präzisieren, hat Hanes zwei Fälle der ersten und drei der letzteren Form studiert. Er berichtet über diese fünf Fälle, die im Verlauf körperlicher Schwächezustände auftraten und nach kurzem im Delir zum Tode führten. Der Ausbruch der Krankheit erfolgte zwischen 3 und 18 Tagen vor dem Exitus. Es handelte sich in allen Fällen um Individuen, die schon vorher gelegentlich nervöse oder psychotische Symptome geboten hatten und mit einer einzigen Ausnahme weitgehende hereditäre Belastung zeigten. Die beiden als Kollapsdelirien bezeichneten Fälle waren ausgezeichnet durch typisch ängstliche Vorstellungen, während bei den anderen drei Individuen manische Zustände im Vordergrund standen. Daß Hanes ganz und gar die Kräpelinschen Ansichten vom manisch-depressiven Irresein teilt, geht aus seiner Diagnosenstellung hervor. Im ersten Fall handelt es sich um eine typische Manie bei einem 51 jährigen Mann, die in der Steigerung aller Symptome in ein manisches Delir übergeht und zum Tode führt. Die Züge der Manie rechtfertigen die Diagnose eines manisch-depressiven Irreseins, sagt der Verf. Im zweiten Fall wird diese Diagnose auf Grund manischer Erregung bei einem 18 jährigen jungen Mann gestellt und noch besonders darauf gestützt, daß er aus einer Familie stammt, in welcher die Neigung zu manisch-depressiven Erkrankungen nachgewiesen war. Dem Verf., der eine Manie an sich demnach nicht anerkennt, genügt ein einmaliger, nur Tage währender Anfall als sicheres Symptom des manisch-depressiven Irreseins. Bei dem dritten Patienten steht die Diagnose auf festerem Boden, da hier bestimmt mehrere manische Phasen nachzuweisen waren, die jedesmal von Mißmut, Apathie und Verlangsamung aller Prozesse gefolgt wurden. Hanes betont zum Schluß, daß allen fulminanten Formen von Delirien, die in Irrenanstalten zur Beobachtung kämen, besondere Beachtung zu schenken sei, und daß man sich bemühen solle, die Ausgänge klarzulegen, indem man auf alle eventuellen exogenen und endogenen Ursachen achtet, um die verschiedenen Arten von Kollapsdelirien in die Gruppen einzuordnen, zu denen sie gehören. Er ist der Ansicht, daß diese in den meisten Fällen nur eine Steigerung eines psychotischen Zustandes, des manisch-depressiven Irreseins, ja auch der



Dem. praec. vorstellen, wie z. B. der Status epilepticus nur eine Klimax im Zustande der Epileptischen bedeutet.

Die Theorien Kräpelins über die Dementia praecox, die zunächst dahin führten, 50% aller Geisteskranken für früh Demente zu erklären, welche Zahlen mit der Verbreitung seiner neuen Lehre über das manisch-depressive Irresein auf 20% herabgingen, sind natürlich für die Psychiatrie insofern sehr befruchtend gewesen, als viele sich versucht fühlten, die Theorien klinisch nachzuprüfen und Fälle, die sowohl die einen als die anderen Kardinalsymptome zeigten, zu revidieren. **Gordon** (50) bringt deren 4, die vom Standpunkt der Differentialdiagnose außergewöhnliches Interesse erregen müssen, um so mehr, als sie lange Zeit (8, 6, 7 und 4 Jahre) beobachtet wurden. Der erste Patient zeigte zunächst ein so deutliches Bild von Melancholie mit interkurrenten manischen Attacken, daß er unbedenklich als Manisch-Depressiver diagnostiziert wurde. Nur fiel sehr früh ein gewisser Verlust der Affektivität, besonders Gleichgültigkeit gegen seine Familie, auch in den manischen Zeiten, auf. Nach $2^1/_2$ Jahren deutliche Zeichen geistigen Verfalles, im letzten 8. Jahr ist die Dementia praecox evident geworden. Im zweiten Fall handelt es sich um einen Patienten, bei dem Herabminderung der Intelligenz fast gleichzeitig mit den manisch-depressiven Attacken beobachtet wurde, und Verf. spricht sich dahin aus: „Der Kranke litt während einer 6 Jahre lang dauernden Periode an zwei Affekten: an manisch-depressivem Irresein und an Dementia praecox. Da beide Affektionen nicht durch ein luzides Intervall von bemerkenswerter Dauer voneinander getrennt sind, so muß man annehmen, daß entweder beide einander gelegentlich ablösen, oder daß eine bestimmte pathologische Verwandtschaft zwischen beiden besteht. Die Kraepelinianer nehmen ja ohne weiteres letzteres an, da eine Superposition verschiedener Diagnosen immer ihr Mißliches hat. Der dritte Patient bot zunächst das typische Bild einer Dementia praecox, im dritten Jahre der Krankheit traten Perioden von Depression und Exaltation hinzu. Auch hier drückt sich Verf. so aus, als ob es sich um zwei verschiedene Psychosen handele. Bei dem vierten Patienten, entschieden dem interessantesten der Gruppe, begannen die geistigen Störungen unter den Erscheinungen des Querulantenwahnes mit manisch-depressiven Phasen, um dann in Dementia praecox überzugehen. An diesem Patienten wollte Gordon zeigen, daß zwei bestimmte, verschiedenartige Psychosen — falls es verschiedene sind — im Leben eines Individuums einander folgen können, ferner, daß beim Vorausgehen manisch-depressiver Zustände die nachfolgende Dementia praecox auch solche in ihrem Symptomenkomplex zeigt. Gordon neigt dazu, die Fälle 1, 2, 3 für Dementia praecox zu erklären, bei der gelegentlich alternierende Episoden von Depression und Alternation auftraten. Er löst als diagnostisch wertvoll heraus, daß bei einem Individuum, das solch alternierende Ausbrüche zeige, das geringste Zurückgehen in seinen affektiven und intellektuellen Fähigkeiten der Verdacht auf Dementia praecox immer nahe liege. Steht wie bei Fall 3 die Dementia praecox im Beginn der Erkrankung, so wird das folgende manisch-depressive Irresein immer Züge von jener tragen, welche die Diagnose sichern helfen. Verf. kommt zum Schluß noch einmal auf Kräpelins Theorien zu sprechen. Zugegeben, daß es viele Fälle von manisch-depressivem Irresein gibt, führe der Kräpelinsche Typus doch zu zu weitgehenden Generalisierungen, und es erscheint als ein großes Wagnis, in die manisch-depressive Psychose verschiedene andere geistigen Erkrankungen mit verschiedener Prognose einzuschließen. Die jahrelangen Krankengeschichten sind außerordentlich plastisch geführt und geben hübsche Einblicke.



Boyd (19) schildert einen Fall von Folie à deux in Régis Sinne bei Mutter und Tochter. Letztere, an Dementia praecox leidend, hatte erstere infiziert, und zwar während einer akuten Exazerbation ihrer Krankheit, deren Symptome Illusionen, Halluzinationen und Angst die Mutter annahm. Diese, bei der die Erscheinungen weit fulminanter auftraten, genas nach kurzer Zeit. Boyd hebt hervor, daß es sich um einen der seltenen Fälle handelt, wo die jüngere Person als das aktive Agens die ältere beeinflußte.

Jacobson (60) wendet sich ganz entschieden gegen die Ansichten Charlotte Reid's, welche in einer im American Journal of Insanity erschienenen Arbeit „Die Zeichen des manisch-depressiven Irreseins bei literarischen Genies", besonders am Leben und Wirken Swift's, dessen geisteskranke Phasen nachweisen will, wobei sie ausführt, daß viele große Geister Opfer des manisch-depressiven Irreseins waren und ihre Krankheit als die treibende Kraft aufzufassen ist, die zu mehr oder weniger glorreichem Ausdruck drängte. Da ich die Reidsche Arbeit nicht kenne, kann ich nach den einzelnen Zitaten, die Jacobson gibt, nicht beurteilen, inwieweit seine Angriffe gegen diese Verfasserin berechtigt sind. Im übrigen ist seinen Ansichten nur beistimmen, daß die großen Genies sicher nicht geisteskrank, sondern sogar hervorragend gesund seien; denn neben ihren Produktionen müssen sie im höchsten Maße befähigt sein, an ihren eigenen Werken Kritik zu üben. Genies sind nicht Genies infolge Geisteskrankheit, und wenn sie schließlich doch öfter davon ergriffen werden, so möge man daran denken, daß der feinere Geist leichter zerstörbar ist als der weniger hoch organisierte. Verf. warnt im allgemeinen vor solchen Doktrinen und ähnlichen, wie z. B. Lombrosos Theorie, daß Christus ein Paranoiker war. Er hätte auch noch Möbius' Werk über Goethes Krankheiten und anderes beifügen können.

Petery (102) gibt einen kurzen sachlichen Abriß von Kräpelins Theorien über das manisch-depressive Irresein, die verschiedenen Formen desselben, Prognose und Therapie. Er teilt Kräpelins Ansichten in allen Punkten.

Pianetta (106) beschreibt einen Fall von manisch-depressivem Irresein bei Zwillingsschwestern. Die Zwillingsform darf nicht im Sinne Balls verstanden werden, da die Spontaneität des Deliriums und die Gleichzeitigkeit des Auftretens des Irresinns beiden Schwestern fehlen. Die zuerst erkrankte Schwester hatte immer suggestiv auf die andere eingewirkt. (*Audenino.*)

Devine (28) beschreibt einen Fall von manisch-depressivem Irresein der gemischten Form (Kräpelin). Diese Formen nehmen oft eigentümliche klinische Züge an, darum seien sie besonders gut zu studieren. Das Erwähnenswerte des hier geschilderten Falles lag im katatonieartigen Verhalten, in Mutismus und Manieriertheiten. Nur die längere Beobachtung, welche die verschiedenen Phasen der Krankheit in gewissen Intervallen zeigte, ohne daß demente Züge hineinspielten, halfen die oben erwähnte Diagnose sichern.

Krasser (69) verfügt zwar nicht über eigene Beobachtungen und Experimente bezüglich der organischen Zusammenhänge des manisch-depressiven Irreseins mit Anomalien der inneren Sekretion, aber er hat die vorhandenen Theorien und Befunde außerordentlich geschickt gruppiert und darauf seine eigene Meinung sehr überzeugend aufgebaut. Mit Meynert, Kräpelin, Stransky, Pötzel, Eppinger, Hess u. a. nimmt er eine Giftwirkung an, die nach den gemachten Beobachtungen folgende Forderungen haben muß:

1. Das Gift muß ein endogenes Produkt sein.



2. Im Charakter des Giftes muß es liegen, auf die Blutzirkulation bzw. Gefäßinnervation, insbesondere auf den Blutdruck und die Gehirnfluxion mächtig einzuwirken.

3. Es muß imstande sein, das Gefäßsystem dauernd in erhöhtem Spannungszustande zu erhalten.

4. Aufregungs- und Depressionszustände zu erzeugen.

5. Die Giftwirkung muß mit Stoffwechselalterationen einhergehen, besonders muß das Gift imstande sein, Glykosurien, vermehrte Harnsäureausscheidung, sowie Alterationen des Salzstoffwechsels, jedenfalls aber eine Störung des Jonenverhältnisses von Natrium und Kalium, Kalzium und Magnesium hervorzurufen.

6. Die Giftwirkung muß die Stimmungslage, also die Zentren des Gemeingefühls und der Wärmeproduktion (hochnormale Temperatur bei Manischen ohne greifbaren Grund) zu irritieren imstande sein, also Euphorie und Depression auszulösen vermögen.

7. Die Anregung der Schweißdrüsen durch das Gift darf, wenn überhaupt, nur eine sehr geringe sein, da wir auf der Höhe maniakalischer Aufregungszustände eine der Emotion entsprechende Tätigkeit der Schweißdrüsen wohl kaum zu Gesicht bekommen werden, vielmehr kann man die Beobachtung machen, daß die sich mit dem Aufgeregten abmühenden Ärzte und namentlich Pflegepersonen weit mehr in Schweiß geraten als der Kranke, trotz furibundester tobsüchtiger Aktion. „Die Körperhaut der Depressiven ist trocken, spröde, schilfrig."

8. In der Natur des Giftes, bzw. der Art der Giftproduktion muß die Tendenz zum Abklingen der Giftwirkung begründet sein entsprechend der Selbstabheilungstendenz des manisch-depressiven Irreseins.

Alle diese Giftwirkungen können unter Umständen experimentell durch Adrenalin hervorgerufen werden.

Er beweist danach, daß alle diese Giftwirkungen sehr wohl durch Adrenalin hervorgerufen sein können, da dieses 1. endogener Natur ist, 2. sowohl Vagus als Sympathikus reizend wirkt, 3. den Blutdruck dauernd erhöht, 4. Adrenalinvergiftungen immer eine Phase hochgradiger Aufregung und darauf folgender tiefer Prostration nach sich zieht, 5. Adrenalin Glykosurie bewirke, 6. den Wärmetonus erhöhe, und damit wahrscheinlich Reizung des Allgemeingefühls bewirke, 7. die Sekretion der Schweißdrüsen nicht anregt und 8. bestimmte Kurven zwischen Überfunktion der Sekretionsnerven und einem Nachlassen der stürmischen Erscheinungen zur psysiologischen Breite zu beobachten sind. Krasser nimmt also eine Erkrankung der sekretorischen Nerven der Nebenniere im Sinne einer Hypersekretion an und folgert weiter:

Ist nun der Schwellwert des Giftes hoch genug, um bei den in Betracht kommenden, dem großen Heere der Degenerierten angehörigen Menschen, die Schutzwälle (regulierenden Zentren), welche für das Ausbrechen der Geistesstörung von Belang sind (regulierende Zentren für die Blutverteilung im Körper und für den Blutdruck, regulierende Zentren für den Stoffwechsel und Zentren des Gemeingefühles und der Wärmeökonomie) zu überwältigen, so wird das Krankheitsbild um so rascher und ausgesprochener hervortreten, je gleichsinniger die pathologischen Faktoren die genannten Schutzwälle des Organismus zu überschreiten imstande sind. Gewiß spielt auch hier, wie bei jeder anderen Erkrankung, die persönliche Stoffwechseldisposition, der individuelle Chemismus des Organismus bezüglich der Widerstandskraft und Giftfestigkeit der einzelnen regulierten Zentren eine große Rolle, und fallen nachstehende Faktoren wohl schwer in die Wagschale:



Bei einem Ausgang in Schwachsinn glaubt Krasser die toxische, direkte und indirekte (Ernährungsstörungen) Wirkung auf die Hirnsubstanz heranziehen zu müssen, wie ja die vorzeitige Arteriosklerose der Manischen mit der Adrenalin-Arteriitis in Parallele gestellt werden kann. Es erschien mir nötig, diese Arbeit etwas ausführlicher zu besprechen, da sie ein wohltätiges Gegengewicht zu den vielen der Systematisierung der geistigen Erkrankungen gewidmeten darstellt und hier einmal das Positive zusammengefaßt erscheint, das den Weg zur Erkenntnis des manisch-depressiven Irreseins als einer organischen Erkrankung weist.

Die Arbeit **Masselons** (88) ist aus dem Gedanken herausgewachsen, der kurzhändigen Aufteilung der gesamten Psychiatrie in nur einige wenige Gruppen genau studierte Einzelfälle gegenüberzustellen, die in keine dieser Gruppen recht passen wollen, um damit Morel und Magnan beizupflichten, welche besonders durch ihre Hinweise, daß eine große Anzahl krankhafter geistiger Zustände aus der individuellen Konstitution hervorgehen, die fruchtbarsten Resultate zeitigten. Bei der Kranken Masselons handelt es sich um Zustände, bei deren Beurteilung (nach Kräpelin) entweder die Diagnose manisch-depressives Irresein oder Paranoia in Frage käme. Die Patientin paßt aber ganz in keine dieser Gruppen. Es handelt sich um eine Frau im postklimakterischen Alter, die mehrere Anfälle von Geisteskrankheiten durchmachte, die immer zirka ein halbes Jahr währten; dazwischen vollständig freie Zeiten. Ihre Krankheit zeigt drei Stadien: 1. Zustände typisch-manischer Erregung, begleitet von Halluzinationen und schlecht systematisierten Wahnideen, also periodisches Irresein oder manisch-depressives Irresein. 2. Beim dritten Anfall bildet sich ein bestimmtes System heraus. Sie fängt an zu glauben, daß sie die freie Bestimmung über sich selbst verloren habe und von anderen beherrscht werde. 3. Nach einer ganzen Reihe von Anfällen und dazwischenliegenden Remissionen bleibt seit 7—8 Jahren ein systematisierter Wahn dauernd bestehen. Masselon erklärt diesen Fall folgendermaßen: Der Wahn dieser Frau beruht auf den Perioden der Erregung. Die angeblichen halluzinatorischen Phänomene sind nicht das Resultat der Übererregtheit der nervösen Zentren, sondern die einer allgemeinen Übererregtheit der ganzen intellektuellen Affektivität. Sie sind nichts anderes als schlecht erkannte und interpretierte Erregungsphänomene. Zahlreiche Wahnvorstellungen der Mediumität oder des Besessenseins, die man fälschlich als halluzinatorische Wahnvorstellungen betrachtet, scheinen Verf. hierher zu gehören. Den stationären Wahn hält er in seinem Falle für das Relikt der ehemaligen Erregung. Masselon möchte diese Art der Erkrankung aber nicht für einen Fall sekundärer Systematisierung der Wahnideen halten. Als solche erkennt er eigentlich nur die sekundären Wahnideen der Melancholie in Form der paranoiden Demenz an. Für seine Kranke nimmt er an, daß ein nicht ganz reines paranoisches Temperament sich mit einem manisch-depressiven mischte. Er schlägt für solche Fälle den Ausdruck Psychoses associées vor und schließt mit einer kurzen Skizze des von ihm aufgebauten Systems. Viele derartige Fälle seien auf allgemeine Degeneration zurückzuführen, die meisten auf die Paranoia und das melancholisch-depressive Irresein, welche zu den verschiedensten Kombinationen führen können.

Capgras und **Terrien** (22) betonen, daß es einen Konfabulationswahn gibt, dessen Erfindungen sich um wirkliche Ereignisse gruppieren, die aber derart verschönt und umgeformt werden, daß es schwer ist, sie wieder zu erkennen. Dieses mythopathische Vorgehen endigt mit einer vollständigen Umformung der Persönlichkeit im Sinne von Größenideen, die schließlich



dahin führen können, daß die betreffenden Personen sich als die verschiedenen historisch berühmten Personen aller Zeitalter fühlen, als Autoren aller möglichen Meisterwerke usw. Die Verff. rechnen einen derartigen Wahnsymptomenkomplex zur Dem. paranoides. In dem geschilderten Falle handelt es sich um eine erblich degenerierte Frau, bei der im 30. Lebensjahr Eifersuchts- und Verfolgungswahn ausbrach, der durch den Tod und die Entfernung der sie irritierenden Personen zur Ruhe kam. Sie verliebte sich in einen Geistlichen und wurde im Verlauf dieser Affäre hypomanisch. Zur selben Zeit unterliegt sie mystischen und ehrgeizigen Wahnideen, denen sich bald Verfolgungsideen und Gehörshalluzinationen zugesellen. Nach 5 Jahren beginnen die Ideen zu zerfallen. Es bleiben noch einige Interpretationen, Illusionen betreffs der Erinnerung, Gehörshalluzinationen und zahlreiche Fabulationen zurück. Die Verfasser haben sich bemüht, die Realitäten im Leben der Patientin herauszufinden, auf die sich die Wahnideen aufbauen.

Gallais (46) gibt im ersten Teil seiner Arbeit in ausgezeichneter Weise das Abbild sehr verworrener Zustände, nämlich die Entwicklung der Paranoiafrage, wie sie in Europa vor sich gegangen ist. Er teilt sie in drei Perioden ein, rechnet die erste ungefähr von Esquirol bis Magnan, die damit einsetzt, daß Esquirol die klinische Analyse und die Herausarbeitung der Symptome begründet und damit befruchtend auf die gesamte zeitgenössische psychiatrische Literatur einwirkt. Die zweite Periode beginnt damit, daß Magnan darauf hinführt, die Entwicklung des Wahnes, seine besonderen Charakteristika und den Boden, auf dem er gedeiht, zu studieren. Den dritten Abschnitt nennt Verf. einfach la période kraepélinienne. Den gegenwärtigen Stand der Angelegenheit präzisiert er folgendermaßen:

Man neigt augenblicklich dazu, das chronische Delir Magnans aufzulösen, indem man einerseits die Fälle von halluzinatorischem systematisierten Wahn mit der Dem. paranoides zusammenwirft und andererseits den Typus Wahnideen der Degenerierten in mehrere Gruppen aufteilt, unter deren einer man die Hebephrenie versteht, deren anderer nach Sérieux und Capgras sich den querulierenden Formen nähert. Sérieux und Capgras haben beide vorerwähnte Kategorien in ihrer Beschreibung des Beziehungswahns wiederum zusammengeworfen und dies der Paranoia Kräpelins genähert. Das Ziel, das Gallais bei seiner Arbeit anstrebte, war wohl vor allem darauf gerichtet, einwandfreie Fälle von chronischer halluzinatorischer Paranoia zu liefern, die mit Dem. paranoides absolut nichts zu tun haben. Er bringt zwei ausführliche Krankengeschichten, zunächst die einer Frau ohne erbliche Belastung, die nach einem heftigen psychischen Chok erkrankt und deren zunehmende Wahnideen von diesem Chok ausgehen und ihn dauernd zum Mittelpunkt der krankhaften Ideen machen. Auch die später hinzutretenden Halluzinationen der optischen und auditiven Sphäre gehen in derselben Richtung. Die Krankheit zeigt deutlich zwei Charakteristika: einmal das des Beziehungswahnes, dann das der chronischen halluzinatorischen Paranoia. Durch diese letztere Färbung unterscheidet sich der Fall von Serieux und Capgras Délire d'interprétation. Obwohl bei der Patientin mancherlei aus der Ätiologie und von den Symptomen zugunsten der Dem. praec. sprechen, so ist diese Diagnose absolut zu verwerfen in Anbetracht folgender Beobachtungen: Kohärenz der Wahnideen, Fehlen von Absurditäten, Präzision des Ausdrucks, gut auf die äußeren Einflüsse adaptierte Reaktionen, keinerlei weitere Entwicklung der Krankheit in Richtung der Demenz. Der zweite Fall, der einen 53jährigen Mann betrifft, war 46 Jahre lang in psychiatrischer Beobachtung; er litt von Anfang an an Halluzinationen, ohne demente Züge zu zeigen. Das Leiden baute sich auf toxo-



infektiöser Grundlage auf, und seine Ideen sind hauptsächlich ehrgeiziger Natur. In beiden Fällen ist die Systematisierung des Wahns immer scharf durchgeführt. Gallais zieht folgende Schlüsse aus seinen Beobachtungen:

1. Es gibt Übergangsformen zwischen dem Beziehungswahn und der chronischen halluzinatorischen Form mit Ausgang in Demenz.

2. Diese Formen sind charakterisiert durch die Beständigkeit und den Parallelismus der Interpretationen und der Halluzinationen im Verlauf der ganzen Psychose.

3. Die Ätiologie geht nicht immer auf eine konstitutionelle Desequilibration zurück. Es handelt sich meist um erworbene Psychosen; Intoxikationen und Toxoinfektionen führen zu einer erworbenen Prädisposition.

4. Der Ausbruch ist brüsk oder ziemlich progressiv.

5. Die Wahnideen sind verschieden (Eifersucht, Verfolgung, Größe).

6. Die Entwicklung ist chronisch und charakterisiert sich sowohl durch die Systematisierung als auch durch das Fehlen dementer Züge.

7. Aus letztgenanntem Grunde können diese Erkrankungen nicht der Hebephrenie oder Katatonie zugezählt werden.

Rodiet (113) demonstriert, daß es durchaus nicht immer nötig ist, agitierte Melancholiker in einer Anstalt zu internieren, ja, daß diese häufig zunächst verschlimmernd, vielleicht auch verzögernd auf den Krankheitsverlauf einwirke. Er behandelte einen derartigen Patienten mit gutem Erfolg in seiner Häuslichkeit mit steigenden Dosen von Opium. Allerdings lagen die Verhältnisse der häuslichen Behandlung insofern günstig, als es sich um einen 70jährigen Arzt in guten Verhältnissen handelte. Die Internierungsfrage ist ja nicht nur eine medizinische, sondern ganz besonders eine wirtschaftliche. Wo sich Wartung und Bewachung in der Familie nachahmen lassen, wird man Guislains, den Rodiet zitiert, Forderungen bezüglich häuslicher Behandlung der Melancholiker nur unterschreiben können.

Stransky (128) vermißt in Zingerles Arbeit den Hinweis darauf, daß unter den Entstehungsursachen der sprachlichen Kontamination Störung der Aufmerksamkeit auch eine erhebliche Rolle spielt, was angesichts der Eigenarten des sprachlichen Ausdrucks bei Schizophrenie nicht ganz unwesentlich sei. Er sieht darin eines der determinierenden Momente für die Entstehung von Neologismen, was übrigens auch Bleuler nicht genügend berücksichtigt habe. Ferner verwertet Bleuler zwar den Begriff der intrapsychischen Koordinationsstörung (Ataxie); wenn aber Zingerle angibt, daß die Lösung zwischen Begriff und Sprache im Ausdruck keine absolute sei, so spreche das ja gerade zugunsten des Begriffes.

Mochi (93): Beschreibung eines klinischen Falles: Assoziation von Zwangsvorstellungen mit Symptomen des manisch-depressiven Irreseins.

(*Audenino.*)

Kräpelin (68) will mit seinem Vortrag über paranoide Erkrankungen nach seinen eigenen Worten nur einen Versuch machen, aus dem buntscheckigen Inhalte des alten Paranoiabegriffes ein Reihe von jetzt unterscheidbaren Bestandteilen auszusondern. Dem starken und mitunter fortreißenden Flusse der Entwicklung, in dem sich die Systematisierungsversuche in der Psychiatrie, besonders von der Münchener Schule ausgehend, dauernd befinden, trägt Verf. mit den Worten Rechnung: „Ob die Gruppierung wenigstens in der Hauptsache das Richtige trifft, und nach welcher Richtung hin sie der Ergänzung bedarf, steht dahin.“ Jedenfalls sind bei seiner Einordnung wohl alle möglichen Kombinationen paranoider Zustandsbilder getroffen. Kräpelin legt zunächst III Gruppen fest. Die I. umfaßt nur den einen alten Paranoiabegriff, den Verf. nicht ganz vermissen will. Er versteht



darunter eine bestimmte Form wahnbildender Psychosen mit aus inneren Ursachen erfolgender, schleichender, rein kombinatorischer Entwicklung eines geistig verarbeiteten unerschütterlichen Wahns bei voller Erhaltung der Persönlichkeit, Fälle, die außerordentlich selten in die Hände des Irrenarztes gelangen. Es handele sich hier nicht um einen eigentlichen Krankheitsprozeß, sondern um eine Art „psychischer Mißbildungen“, die ihre besonderen Symptome erst im Kampf mit dem Leben gewinnt. Es ist besonders zu bemerken, daß Kräpelin diese Paranoia weder der chronischen bzw. konstitutionellen Manie selbst zugesellen, noch sie als eine besonders langsame und milde Form der schizophrenen Wahnbildung darstellen will.

Es folgt die II., die umfassendste Gruppe, unter welcher zunächst die wahnbildenden Formen der Dementia praecox besprochen werden, wobei Verf. nach eingehenden Nachprüfungen sich selbst korrigierend empfiehlt, die Grenze der schizophrenen „paranoiden Demenz“ enger zu ziehen und einer Reihe von Formen paranoider Verblödung eine Sonderstellung einzuräumen, sobald die schizophrenen Krankheitserscheinungen fehlen oder nicht in charakteristischer Weise ausgesprochen sind. Diese Formen möchte er zunächst unter der gemeinsamen Bezeichnung der Paraphrenie untergebracht wissen, die er folgendermaßen aufzuteilen versucht:

1. Paraphrenia systematica mit ganz langsamer, zunächst kombinatorischer, dann auch halluzinatorischer Entwicklung eines allmählich fortschreitenden fixierten und systematisierten Verfolgungs- und Größenwahns mit Ausgang in einen mäßigen Grad geistiger Schwäche. Wenn Kräpelin seinerseits eine Reihe der Fälle, die Magnan unter das Délire chronique à évolution systématique reiht, hierher zählen möchte, so wird andererseits gerade durch die moderne französische Psychiatrie (Gallais und viele andere) der Beweis angetreten, daß es daneben Formen chronischer halluzinatorischer systematischer Paranoia ohne jeden Intelligenzdefekt gibt.

2. Paraphrenia expansiva ist eine viel seltenere, ausschließlich beim weiblichen Geschlecht vorkommende Erkrankung mit allmählicher Entwicklung eines Größenwahns, mit heiterer, manisch gefärbter Stimmung, mit leichter Erregung, mit Verfolgungsideen und Sinnestäuschung und einem schließlich einsetzenden endgültigen Schwächezustand. Verf. glaubt, daß Thalbitzers Fälle von manischem Wahnsinn hierhergehören. Wir möchten einen unter der Diagnose optimistische Paranoia von Dide und Carras beschriebenen Fall eines Mannes hierherzählen, schon deswegen, weil jene eine neue Krankheitsform, die optimistische Paranoia konstruieren wollen.

3. Die konfabulierende Paraphrenie, noch seltener als die vorhergehende, ist dadurch ausgezeichnet, daß die Kranken dauernd besonnen und geordnet bleiben, aber Verfolgungs- und Größenideen entwickeln, die an bestimmte, mit allen Einzelheiten ausgeschmückte wahnhafte Erlebnisse aus der Vergangenheit anknüpfen. Keine Halluzinationen, kein Verfall der Persönlichkeit im Gegensatz zur originären Paranoia Sanders; dagegen scheint uns Sérieux' und Capgras' Délire d'interpretation hierher zu gehören.

4. Als Anhang möchte Kräpelin eine Form unter dem Namen Paraphrenia phantastica anführen, die er früher zur Dementia praecox rechnete, die sich aber von der im Gefolge jener Krankheit auftretenden Dementia paranoides wohl unterscheidet. Wir begegnen hier der massenhaften Erzeugung unsinniger, zusammenhangloser, vielfach wechselnder, wenn auch im gleichen Rahmen sich bewegender Größen- und Verfolgungsideen mit reichlichen Sinnestäuschungen und Konfabulationen bei leidlicher Erhaltung der Ordnung im Benehmen und Handeln. Nach längerer Zeit Zu-



nahme der Zerfahrenheit und eine gewisse Abstumpfung der Gemütsfunktion und des Willens, damit wieder eine Annäherung an die Dementia praecox. Verf. neigt zu der Annahme, daß diese Erkrankung einen Parallelismus bilde zu jenen Fällen der Dementia praecox, die in reine Sprachverwirrtheit ohne sonstige auffallendere Willensstörungen übergehen. Zur Gruppe II rechnet Kräpelin noch die paranoiden Zustände bei präsenilem Beeinträchtigungs- und bei senilem Verfolgungswahn.

Eine III. Hauptgruppe umfaßt die durch äußere Einflüsse hervorgerufenen, die rein exogenen paranoiden Erkrankungen: Die verschiedenen Formen der Alkoholpsychose, die paranoiden Formen nach Kokainmißbrauch, diejenigen bei Lues und Tabes, ferner die auch durch äußere Ursachen, oder solche psychischer Natur hervorgerufenen: Verfolgungs- und Begnadigungswahn der Gefangenen, die Psychose der Schwerhörigen und Tauben, und schließlich der Querulantenwahn. Nachdem Verf. sich in ausgezeichneter Weise mit Hoche auseinandergesetzt hat, dessen angestrebte genauere Kennzeichnung von Zustandsbildern er als wichtiges Hilfsmittel für die Lösung der psychiatrischen Aufgaben lebhaft begrüßt, betont er, daß aus einer Zergliederung der Krankheitsbilder in all ihre Einzelheiten kein großer Gewinn zu ziehen sei, wenn man nicht wisse, welche derselben für die klinische Forschung wesentlich und welche nebensächlich sind.

Urstein (133) ersetzt und identifiziert den Ausdruck Dementia praecox aus verschiedenen aufgeführten Gründen durch Katatonie. Was er hier in einem Vortrage zusammenfaßt, sind Auszüge und Abschnitte aus seiner Monographie über denselben Gegenstand. Er hat dazu ein Material verarbeitet, wie es wertvoller kaum noch ein zweites Mal zu finden ist. Er verfügt über musterhaft geführte Krankengeschichten von Patienten der Laehrschen Anstalten, die jahrzehntelang gut beobachtet wurden, und was für die Genauigkeit der Anamnese besonders in Frage kommt, aus sozial höher stehendem Milieu stammten. Daraus entsteht eine ansehnliche Erweiterung des psychiatrischen Wissens, die er selbst allerdings nicht gering einschätzt, wenn er sagt: Bei Aufstellung von Krankheitsgruppen muß man sämtliche Gesellschaftsschichten berücksichtigen. Die irrigen Vorstellungen, die wir von dem, was bei der Katatonie vorkommen resp. fehlen darf, besitzen, sind zum großen Teil darauf zurückzuführen, daß vorwiegend klinisches und Anstaltsmaterial benützt worden ist. Verf. geht in seinem Referat nur auf einige Punkte seiner Monographie genauer ein, z. B. auf die körperlichen Symptome bei Katatonie, die Krampfanfälle und die Bewertung katatoner und manisch-depressiver Zustände. Die Tendenz seiner Untersuchungen und Ausführungen geht dahin, zu beweisen, daß ein großer, ja der größte Teil der Manisch-Depressiven zur Katatonie zu zählen sind, denn „je länger wir die zirkulären Kranken betrachten, desto mehr muß ihre Zahl zusammenschrumpfen“.

Psychosen und Neurosen.

Ref.: Dr. W. Sterling-Warschau.

1. Adey, J. K., The Wassermann Reaction in Epileptic Insanity. Austral. Med. Journ. 1. 612.
2. Assatiani, M., Psychischer Mechanismus der Symptome in einem Falle von hysterischer Psychose. Psychotherapie (russ.) 3. 141.
3. Barbé, A., La démence épileptique. Gaz. des hôpitaux. No. 32. p. 453.



4. Barham, G. F., Insanity with Myxoedema. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII, p. 226.
5. Benon, R., Neurasthénie traumatique suivie de manie. Revue neurol. No. 11. p. 778. (Sitzungsbericht.) u. Gaz. méd. de Nantes. p. 641.
6. Damaye, Henri, L'agitation manique comitiale équivalente de l'état de mal. Le Progrès médical. No. 39. p. 475.
7. Dupré et Logre, Hystérie et mythomanie. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 329.
8. Gallais, Alfred, Syndrome de Parkinson chez un délirant chronique interprétateur. Revue neurol. 1. S. p. 584. (Sitzungsbericht.)
9. Gurewitsch, M., Zur Differentialdiagnose des epileptischen Irreseins. Zugleich ein Beitrag zur Lehre von den kombinierten Psychosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 3. p. 359.
10. Halberstadt, Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le goitre exophthalmique classique et dans l'état „basedowoide" de Stern. Revue neurol. 1. S. No. 5. p. 327.
11. Jones, Robert, The Relation of Epilepsy to Insanity, and its Treatment. The Practitioner. Vol. LXXXIX. No. 6. p. 772.
12. Marchand, L., et Petit, G., Chorée et troubles mentaux. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 358.
13. Morel, L., Essai sur l'affaiblissement intellectuel dans la démence épileptique. Thèse de Lyon.
14. Nicolauer, 1. Huntingtonsche Chorea mit Psychose. 2. Chorea graviditatis mit Psychose. Berl. klin. Wochenschr. p. 669. 670. (Sitzungsbericht.)
15. Quarto, Ernesto, Che caso di nei multipli in una frenastenica epilettica. Annali di Nevrologia. 30. 31.
16. Sanz, E. Fernández, Un caso de narcolepsia histerica. El Siglo medico. No. 3076. p. 765.
17. Sterling, W., Über eine eigentümliche Störung des Erwachens in der Form eines hysterischen Dämmerzustandes. Neurologja Polska. Bd. III. H. 4.
18. Vedrani, F., Gli accessi affettivo-epilettici dei neuropati e psicopati secondo Bratz. Quaderni di Psichiatria. 1911. 1. H. 3.
19. Wallon, Henri, Forme écholalique du langage chez un imbécile épileptique. (Trouble de la personnalité par arrêt de développement psychique). Journal de Psychol. norm. et path. 1911. No. 5. p. 436.
20. Weber, M., Über Huntingtonsche Chorea, namentlich die psychischen Störungen bei derselben. Prager Mediz. Wochenschr. No. 20—22. p. 243. 266. 279.
21. Zilocchi, Contribution à l'étude des psychoses choréiques. Journal de psych. clinique.

Weber (20) bespricht in seiner Arbeit die psychischen Störungen bei der Huntingtonschen Chorea und bringt drei kasuistische Beiträge zu diesem Kapitel. In den sämtlichen drei Fällen hat sich bezüglich der Ätiologie außer der Heredität und Gemütsbewegungen nichts von Bedeutung ermitteln lassen, namentlich konnten keine Zeichen von Lues oder Alkoholgenuß in größerem Maßstabe gefunden werden. Nur beim Vater der dritten Patientin wird angegeben, daß er ein Trinker gewesen sei. Was den Modus der Vererbung betrifft, erscheint beim ersten Falle ursprünglich nur das männliche Geschlecht betroffen; erst in der dritten Generation geht die Krankheit auch auf die weiblichen Familienglieder über. Umgekehrt erscheinen in der Aszendenz des zweiten Falles zwei Generationen nur in weiblichen Mitgliedern ergriffen, erst in der dritten bricht sie auch bei Männern aus. Im dritten Fall geht die Krankheit vom Vater auf die Tochter über, während die übrigen Kinder gesund sein sollen. Das Zahlenverhältnis der männlichen und weiblichen Kranken ist in der ersten Familie 3 : 4, in der zweiten 4 : 6, worauf sich ein Überwiegen der weiblichen Krankheitsfälle ergeben würde im Gegensatze zu anderen Beobachtern, welche das umgekehrte Verhältnis konstatierten. Eine Gesetzmäßigkeit der Vererbung im Sinne Mendelscher Regeln läßt sich nicht eruieren. Symptomatologisch wäre die geringe Intensität der choreatischen Zuckungen bei den zwei ersten Fällen hervorzuheben. Dieselben hörten in dem einen Falle so gut wie vollkommen auf, während die Psychose weitere Fortschritte machte. Die psychische Störung zeigte eine große Ähnlichkeit mit den jugendlichen Ver-



blödungsprozessen, im zweiten Falle schlossen sich katatonische Züge an. Dieser Fall zeigte auch Sinnestäuschungen und Größenideen, welche zu den Seltenheiten gehören. Ob die Sinnestäuschungen auf eine besondere Ausdehnung des choreatischen Prozesses, auf den in mäßigem Grade dort zugestandenen Alkoholgenuß, auf eine etwaige epileptische Anlage oder auf individuelle Eigentümlichkeiten zurückzuführen war, ließ sich nicht entscheiden — ebensowenig, wie das gelegentliche Zusammenraffen von allerlei Gegenständen mit nachträglicher Amnesie bei der ersten Kranken beim Fehlen weiterer epileptischer Symptome für die Diagnose verwertet werden kann. Was den dritten Fall anbetrifft, so ließen sich die Angaben der Kranken, sie leide gelegentlich an Schwindelanfällen und Bewußtseinsverlust, durch die mehrmonatliche Beobachtung nicht bestätigen. In forensischer Beziehung zeigte der erste Fall (Brandlegung) schon bei seiner Einlieferung in die Anstalt solche Symptome, welche eine Zurechnungsfähigkeit ausschließen mußten. Allerdings liegen die Defekte weniger auf dem Gebiete des Gedächtnisses als auf dem der Urteilsfähigkeit und des Affektes. Erst im Laufe der Zeit stellten sich auch Mängel in den rein reproduktiven Leistungen ein. Die dritte Kranke war wegen öffentlicher Gewalttätigkeit in gerichtlicher Untersuchung, doch wurde ihr wegen Blödsinns die Unzurechnungsfähigkeit zuerkannt. Der Arbeit geht eine gründliche Literaturübersicht voraus.

Sterling (17) beschreibt eine eigentümliche Störung des Erwachens in der Form eines hysterischen Dämmerzustandes. Der Fall betrifft einen 28jährigen Patienten, welcher seit zwei Jahren am Morgen manchmal nicht erwachen kann; weckt man ihn mit Gewalt auf, so ist er während einiger Stunden bewußtlos, und nachher, wenn er zu sich kommt, weiß er nicht mehr, was mit ihm vorgegangen war. Oder erwacht der Patient von selbst, dann bleibt er in halbbewußtem Zustande einige Stunden hindurch; es besteht danach eine mehr oder weniger komplette Amnesie. Nach den Angaben des Patienten entsteht der Anfall regelmäßig, falls man ihm am vorangehenden Abend kein Abendessen gibt, ebenso kann der Anfall angeblich verkürzt werden, falls man dem Patienten im Laufe desselben etwas zum Essen gibt. Die Anfälle wiederholten sich anfänglich einmal monatlich, dann 3—4mal monatlich, vor einem Jahre sogar jeden Tag, und seit einigen Monaten 1—2mal wöchentlich. Dem ersten Anfall soll einige Wochen vorher ein psychisches Trauma vorausgegangen sein.

Die mehrwöchentliche Beobachtung im Krankenhaus konnte die Zuverlässigkeit der anamnestischen Angaben völlig bestätigen. Man konnte leichtere und schwerere Anfälle beobachten. Auf das Auftreten der ersten oder zweiten Kategorie war ohne Einfluß der Umstand, ob der Patient spontan aufwachte, oder ob man ihn mit Gewalt geweckt hatte. In dem letzten Fall war die Schlaftiefe manchmal so groß, daß man den Patienten sogar mit dem stärksten mechanischen, akustischen und Schmerzreizen nicht aufwecken konnte (dieser Erscheinung entsprach die Tatsache, daß der Patient fast niemals Träume gehabt hatte). Bei den leichteren Anfällen machte der Patient nach dem Erwachen die Augen auf, blickte verschlafen herum, reagierte erst nach einigen Minuten auf stärkere Reize, antwortete auf die Fragen, erkannte den Arzt erst nach 15—20 Minuten, doch war er dabei noch völlig desorientiert. Ein solcher Zustand dauerte beim Puls — 52 und gut reagierenden Pupillen 2 bis 4 Stunden. Nach der Klärung des Bewußtseins bestand eine mehr oder weniger komplette Amnesie bezüglich des durchgemachten Zustandes. Die schwereren Anfälle dauern bedeutend länger (bis 8 Stunden): nach dem Erwachen ist der Patient absolut



bewußtlos, reagiert einige Stunden hindurch sogar auf stärkste Reize nicht, antwortet nicht auf die Fragen, erkennt nicht die Umgebung. Bezüglich dieser Anfälle besteht immer eine absolute Amnesie. Diese Anfälle werden häufig durch eine Reihe von Symptomen begleitet, welche auf die Patogenese dieser Zustände ein gewisses Licht werfen: der Patient nimmt nämlich in solchem unbewußten oder halbbewußten Zustande die bizarrsten Positionen an, läuft im Saal mit kleinen Schritten gleich kleinen Kindern herum, pfeift, singt kindisch, wälzt sich auf dem Boden, führt verschiedenartige clownische Bewegungen aus, legt sich in fremde Betten usw. — mit einem Worte, er zeigt deutliche Züge von hysterischem Automatismus, Clownismus und Puerilismus. Im Krankenhaus konnte während einer Woche experimentell mit voller Sicherheit nachgeprüft werden, daß die Anfälle in leichterer oder schwererer Form regelmäßig auftreten, falls man dem Patienten am vorausgehenden Abend kein Abendessen gibt. Verf. differenziert zwischen Epilepsie, Narkolepsie, Schlaftrunkenheit, Somnambulismus, „dissoziiertem psychomotorischem Erwachen" (Pfister), „verwirrtem Erwachen" (Pfister), verwirft aber alle diese Diagnosen und nimmt einen hysterischen Dämmerzustand an, welcher sich hier in regelmäßiger und eigentümlicher Weise nur an die Phase des Erwachens anschließt. Einen völlig analogen Fall konnte Verf. in der Literatur nicht auffinden. In dem Falle von Pelz, welcher einigen Zügen nach an ihn gewissermaßen erinnerte, fehlten die Zeichen eines hysterischen Dämmerzustandes.

Gurewitsch (9) befaßt sich in seiner Arbeit mit der Differentialdiagnose des epileptischen Irreseins und bringt kasuistische Beiträge zu dieser Frage. Aus den Schlußfolgerungen des Verf. sei folgendes herausgehoben. Als Merkmale, die die epileptischen Dämmerzustände von den amentiven unterscheiden, sind der rasche Anfang und das rasche Ende, die stärker darauffolgende Amnesie, das häufige Vorhandensein der Zorn- und Angstaffekte, die Neigung zu Gewalttaten und die schreckhaften Halluzinationen zu betrachten. Die akuten deliriösen Zustände der Epileptiker als eine besondere Äußerungsform auszuscheiden, hält Verf. für grundlos. Sie sind dieselben Dämmerzustände, nur mit vorzugsweisem Auftreten deliriöser und halluzinatorischer Begleiterscheinungen. Verf. nimmt zwar die Möglichkeit einer Koexistenz der alten Paranoia mit der Epilepsie an, doch ist nach ihm diese Kombination nur sehr vorsichtig anzuerkennen, d. h. nur in denjenigen Fällen, wo sowohl die Epilepsie wie die Paranoia als selbständige Krankheiten nachgewiesen werden können, und mit Berücksichtigung, daß nicht jeder chronische systematisierte Wahn schon als Paranoia zu betrachten ist. Dem Namen „epileptische Paranoia", der zwei ihrem Wesen nach nichts Gemeinsames habende Krankheiten vereinigt, ist nach dem Verf. der Name „Paranoid" (Psychosis epileptica paranoides) vorzuziehen, als eine Unterart der epileptischen Psychose, dem schizophrenischen Paranoid analog. Was die Abgrenzung der epileptischen Verstimmungen von dem manisch-depressiven Irresein anbetrifft, so entsteht nach dem Verf. die epileptische Verstimmung immer endogen, plötzlich, „anfallmäßig", unabhängig von der Wirkung psychischer Faktoren, und ist subjektiv nicht begründet. Verf. will die Realität der echten Ideenflucht bei den manieartigen Zuständen der Epileptiker, und zwar mit vollem Recht, nicht anerkennen; es fehlen hier die eigentlichen ursächlichen Momente der Ideenflucht, die Störung der Aufmerksamkeit, ihre abnorme Lebhaftigkeit, Beweglichkeit und Ablenkbarkeit. Als weiteren Unterschied der epileptischen Erregung von der echt maniakalischen betrachtet er, daß bei den Epileptikern eher Bewegungs- als Be-



schäftigungsdrang zu beobachten ist, bei Manisch-Depressiven umgekehrt. Bei den epileptischen depressiven Zuständen ist die Einförmigkeit und Eintönigkeit der psychischen Prozesse ursprünglich primär, durch die Armut des psychischen Inhaltes hervorgerufen und von der affektiven Sphäre unabhängig, bei den Melancholikern ist sie sekundären Ursprungs, dadurch bedingt, daß eine gewisse Alteration der Stimmung einen adäquaten Vorstellungsinhalt hervorruft. Auch die eigentliche psychomotorische Hemmung ist nach dem Verf. den epileptischen Verstimmungszuständen nicht eigen. Bei der Abgrenzung der epileptischen Bewußtseinstrübungen von den deliriösen Dämmerzuständen, welche bei der Dementia praecox nicht selten sind, müssen außer dem Krankheitsverlauf auch die Verlangsamung des Denk- und Redeprozesses der Epileptiker gegenüber der Sperrung der Schizophrenen, der Egoismus und Egozentrismus der Epileptiker gegenüber dem Autismus der Schizophrenen verwertet werden. Ebenso ist die schizophrene Stumpfheit und Gleichgültigkeit für die Epilepsie nicht typisch. Umgekehrt ist gewöhnlich die Schwächung des Gedächtnisses im letzteren Falle stärker ausgesprochen als bei der Dementia praecox. Sinnestäuschungen, besonders Gehörshalluzinationen, spielen eine viel größere Rolle bei der Dementia praecox als bei der Epilepsie. Zum Schluß hebt Verf. die große Seltenheit der Kombination der epileptischen Geistesstörungen mit anderen Psychosen, wie überhaupt der Kombination der Psychosen hervor, indem er annimmt, daß die einmal erkrankte Psyche nicht mehr geneigt ist, den eingenommenen pathologischen Weg zu ändern: das neue schädliche Moment ruft nicht mehr den ihm gewöhnlich entsprechenden pathologischen Prozeß hervor, da es nicht imstande ist, die vorhandene pathologische Tendenz zu ändern oder ihr parallel zu gehen, und belastet nur auf die eine oder andere Weise den krankhaften Hauptprozeß.

Halberstadt (10) bringt zwei wertvolle Beiträge zum Kapitel der psychischen Störungen bei der Basedowschen Krankheit und bei dem sog. „Basedowoid" von Stern. Der erste Fall betrifft eine 48 jährige Patientin, bei welcher sich Struma nach der ersten Geburt entwickelt hatte (auch die Mutter der Patientin litt an Struma). Von den Basedowsymptomen sind außer dem Struma eine leichte Prominenz der Bulbi, Zittern der Hände, Blutanwallungen zum Gesicht, Herzklopfen, Tachykardie (100--120) zu verzeichnen. Leichte Hypertrophie des Herzens. Die Patientin leidet außerdem an manisch-depressivem Irresein und war bereits dreimal interniert worden; es handelte sich jedesmal um typische maniakalische Anfälle: Hyperthymie, psychomotorische Erregung manchmal vom höchsten Grad, deutliche Ideenflucht, Agrypnie, Bulimie, keine Verwirrtheit. Keine Halluzinationen. In den freien Intervallen war die Patientin absolut normal, konnte arbeiten. Der zweite Fall betrifft eine 47 jährige Patientin, welche seit mehreren Jahren an Herzklopfen leidet; es läßt sich aber kein bestimmter Zeitpunkt eruieren, von welchem die subjektiven Beschwerden begonnen haben. Objektiv finden sich weder Struma noch Exophthalmus noch objektive Herzanomalien, dagegen besteht ein leichtes Moebiussches Phänomen; Zittern der Hände; Tendenz zum Rotwerden im Gesicht, pathologisches Schwitzen, ab und zu Polyurie und eine ausgesprochene Tachykardie (90—120). Psychisch handelt es sich um eine tief degenerierte Persönlichkeit, welche trotz dem Fehlen intellektueller Defekte ohne Schutz und Beobachtung nicht leben kann. In der Anamnese Abusus in Baccho, bei der Aufnahme zeigte die Patientin Verfolgungsideen, machte einen mißgelungenen Suizidversuch, hatte schreckhafte Halluzinationen (glaubte sich inmitten der Tiere, im Wasser, im Kot zu befinden), zeigte eine ängstliche Depression. Nach einigen Monaten Umschwung der



ängstlichen Depression in eine typische manische Erregung mit Euphorie, pathologischer Loquacitas, erotischen Ideen, danach eine Periode der Ruhe, welche bis jetzt besteht. Im Krankenhaus konnte man keinerlei intellektuelle Defekte, dagegen schwere Charakteralterationen feststellen: die Patientin war absolut asozial, ausgesprochen emotiv, impulsiv, reizbar und egozentrisch, neigte zur Aggravation der somatischen Symptome (jedoch ohne Zeichen von Mythomanie). Das komplizierte psychotische Bild des vorliegenden Falles war aus verschiedenen Komponenten zusammengesetzt, und zwar aus den Schüben des manisch-depressiven Irreseins, aus den hysterischen Zügen und aus den Zeichen des chronischen Alkoholismus. Vor allem aber beherrschten das Krankheitsbild die Symptome einer psychischen Degeneration. Während die manisch-depressive Psychose in den beiden Fällen und die hysterischen sowie die Alkoholsymptome im zweiten Fall bloß als eine zufällige Komplikation der somatischen Erkrankung zu betrachten sind, ist in den Erscheinungen der psychischen Degeneration in dem zweiten Fall ein intimer patogenetischer Zusammenhang mit dem sog. „Basedowoid“ zu erblicken. Der Fall bringt somit eine wertvolle Stütze für die Sternsche Anschauung über die degenerative Herkunft des sog. „Basedowoids“, welcher von dem alten Morbus Basedowi entschieden zu trennen ist.

Der Fall **Benon** (5) betrifft einen 57jährigen Mann, welcher im Mai 1906 ein Kopftrauma ohne Bewußtseinsverlust erlitten hat. Keine Nasenblutung, keine unmittelbaren Symptome einer Gehirnerschütterung. Dagegen hat sich alsbald das Syndrom einer traumatischen Neurose entwickelt, und zwar: Kopfschmerzen, Ohrensausen, Schmerzen im Nacken und in der Wirbelsäule, allgemeine Asthenie, erschwertes Denken, Ängstlichkeit, leichte depressive Züge. Ein solcher Zustand dauerte bis zum August 1911, um sich dann in eine progressive Erregung zu transformieren, welche einige Monate hindurch sehr heftig war, dann allmählich abgenommen hat, doch bis zum März 1912 noch persistierte. Die Arbeit bringt keinerlei Notizen über den somatischen neurologischen Befund. Auch die Bezeichnung der Erregung als einer „manischen“ scheint wenig begründet zu sein: die Äußerungen des Patienten in der dürftigen Krankheitsgeschichte weisen keine deutlichen ideenflüchtigen Züge auf.

Damaye (6) beschreibt zwei Fälle von epiletischen Erregungszuständen, welche er unbegründeterweise als „manische“ bezeichnet. Die beiden Fälle sind letal geendet. Als charakteristische Merkmale solcher Fälle hebt der Verf. eine Erregung mit Bewußtseinstrübung, eine progressive Temperaturerhöhung und einen spastischen Zustand der Muskulatur hervor. Weshalb der letztere Umstand, nämlich der spastische Zustand der Muskulatur, die Fälle dem Delirium tremens nähern soll, wie das Verf. ausdrücklich betont, bleibt recht unverständlich. Die Annahme eines Zusammenhanges zwischen der Gallensteinkrankheit und der Epilepsie im ersten Falle gehört zu den vagsten Vermutungen. Daß die epileptischen Erregungszustände (wie auch die psychische Epilepsie überhaupt) viel schwieriger als die Krampfanfälle der Therapie zugänglich sind, wie dies Verf. am Schlusse seiner Arbeit hervorhebt, gehört zu den längst bekannten Tatsachen.

Der Fall von **Barham** (4) betrifft eine 34jährige verheiratete Frau, bei welcher eine starke neuropathische Belastung festzustellen war (transitorische Psychosen beim Großvater und Vater, Dementia praecox bei einem Bruder). Bei der Aufnahme wurde konstatiert: Schlafsucht, Apathie, Desorientiertheit, Verlangsamung der geistigen Prozesse, Gedächtnisstörungen, optische und akustische Halluzinationen. Der Zustand dauerte 18 Monate. Während 8 Monaten Amenorrhoea. Seit dieser Zeit haben sich Symptome



eines Myxödems eingestellt, nämlich gedunsenes Gesicht, starrer Gesichtsausdruck, Verdickung der Haut der Nase und der Lippen, gelbliche Verfärbung der Haut, allgemeines pastöses Ödem. Die Thyreoidinbehandlung brachte eine komplette Heilung der somatischen Symptome, auch in psychischer Beziehung trat eine deutliche Besserung auf: die Patientin wurde lebhafter, lustiger, das Denken weniger erschwert, auch die Gedächtnisstörungen haben sich teilweise zurückgebildet. Nach einem psychischem Konflikt trat jedoch ein Rezidiv psychotischer Erscheinungen auf (Wahnideen, Halluzinationen, grundlose Eifersucht dem Mann gegenüber). Der Fall zeigt, daß die Erscheinungen einer komplizierten Psychose, im Verlaufe welcher sich die Symptome eines Myxödems entwickeln, nicht immer eine absolut günstige Prognose aufweisen, sogar dann, wenn die Thyreoidinbehandlung die somatischen Symptome zum völligen Verschwinden bringt.

Infektions- und Intoxikationspsychosen.

Ref.: Prof. Dr. L. W. Weber-Chemnitz.

1. Albanus, Ein Beitrag zur Korsakoffschen Psychose. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 15. p. 233. **(Sitzungsbericht.)**
2. Alfijewsky, Nervöse und psychische Erscheinungen bei Tuberkulösen. Sowrem. Psych.
3. Appel, Franz, Über die Entstehungsursachen des chronischen Alkoholismus und speziell über die Bedeutung des chronischen Alkoholismus in der Psychiatrie. Wiener klin. Rundschau. No. 28—31. p. 433. 449. 468. 484.
4. Babcock, J. W., How Long Has Pellagra Existed in South Carolina? Amer. Journal of Insanity. July.
5. Ballet, Gilbert, Sur un cas de Dipsomanie à accès provoqués par des causes occasionnelles. Revue neurol. 2. S. p. 155. **(Sitzungsbericht.)**
6. Balser, Eduard, Über die bisherigen Erfahrungen mit Nierendekapsulation bei Eklampsie. Monatsschr. f. Geburtshülfe. Bd. 35. H. 3. p. 318.
7. Barbé, A., La démence alcoolique. Le Progrès médical. No. 8. p. 93.
8. Derselbe, La psychose hallucinatoire tardive des alcooliques. L'Encéphale. No. 11. p. 334.
9. Beaussart, Le cocaïnisme collectif. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11 S. T. I. p. 48. **(Sitzungsbericht.)**
10. Benon, R., Grippe et asthénie périodique. Gaz. des hôpitaux. No. 125. p. 1727.
11. Bériel, L., Psychopathies et insuffisance rénale. Le Progrès médical. No. 38. p. 461. u. Allg. Wiener Mediz. Ztg. No. 43—44. p. 466. 477.
12. Billich, Constanz, Ein Beitrag zur Lehre von den Infektionspsychosen: „Psychose nach einer Halsphlegmone". Inaug.-Dissert. Kiel.
13. Blachly, C. D., Outbreak of Mania Associated with Malaria and Uncinariasis. Journ. of Oklahama State Med. Assoc. Sept.
14. Board, M., Toxic Insanities. Kentucky Med. Journ. July.
15. Derselbe, Delirium tremens from Paraldehyde; Report of Case. Kentucky Med. Journ. Aug. 15.
16. Bochat, Wilhelm, Ueber Psychosen im Verlaufe von Typhus abdominalis und Erythema multiforme exsudativum. Inaug.-Dissert. Kiel.
17. Bodros, P., Note sur l'état mental des lépreux. Ann. méd.-psychol. X. S. T. I. No. 3. p. 278.
18. Bondurant, Eugene D., Terminal States in Pellagra Resembling General Paresis, with Report of Five Cases. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 39. No. 11. p. 734.
19. Bonhoeffer, K., Die Psychosen in Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. G. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. 3. Abt. 1. Hälfte. Wien. Fr. Deuticke.
20. Brehm, Georg, Beitrag zur Kenntnis der Schwefelkohlenstoffpsychosen. 1911. Inaug.-Dissert. Erlangen.
21. Briand et Vinchon, Le cocaïnisme collectif. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. 1. p. 17. **(Sitzungsbericht.)**



22. Briggs, Vernon, Autointoxication as a Cause of Mental Disease. The Alienist and Neurol. Vol. 33. No. 3. p. 281.
23. Buckley, A. C., A Case of So-Called Alcoholic Amnesia Following Prolonged Stupor, Terminating in Recovery After Reeducation. Journ. of Abnormal Psychology. Febr. **6.** 423.
24. Canestrini, Fall von Thyreoideasarkom mit Psychose (Korsakoff). Wiener klin. Wochenschr. p. 1342. **(Sitzungsbericht.)**
25. Cantaloube, Obsession et idées de contraste chez un albuminurique. La Province médicale. No. 4. p. 33.
26. Chavigny, Complications nerveuses et mentales du paludisme. Revue neurol. No. 11. p. 761. **(Sitzungsbericht.)**
27. Clarke, F. B., Korsakoffs Syndrome with Synopsis of Cases. The Amer. Journal of Insanity. **69.** 323.
28. Damaye, Henri, Comparaison entre les psychosen toxiques et les troubles par épuisement mécanique des comitiaux. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 661.
29. Derselbe, Le syndrome démence précoce et les psychoses toxi-infectieuses. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. II. Oct. p. 205.
30. Demay, Accès périodiques et atypiques d'alcoolisme subaigu. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 328. **(Sitzungsbericht.)**
31. Deus, Paul, Über einen eigentümlichen Fall von Kohlenoxydvergiftung. Corresp. Blatt f. Schweizer Aerzte. No. 24. p. 894.
32. Duke, J. W., Alcoholic Insanity. Journal of Oklahama State Med. Assoc. Dec.
33. Ehmsen, Heinrich, Über den Korsakowschen Symptomenkomplex und Polyneuritis. Inaug.-Dissert. Kiel.
34. Engelhard, J. L. B., Zusammenhang zwischen Eklampsie und Psychose. Ned. Maandschr. v. Verlosk., Vrouwenz. en Kindergeneesk. I. 352.
35. Fabinyi, R., Durch Hirnläsion und Alkoholismus verursachte Psychose. Neurol. u. psych. Sekt. d. kgl. ung. Aerztevereins. 30. Dez.
36. Famenne, P., Psychose avec délire systématisé consécutive à une infection gonococcique. Revue de Psychiatrie. 1911. **15.** 332.
37. Derselbe, Du rôle de l'infection gonococcique dans la genèse de certaines psychoses. L'Encéphale. 2. S. No. 7. p. 47.
38. Derselbe, Infections et pathogénie mentale. Bull. Soc. de méd. mentale de Belgique. 434.
39. Fauser, A., Einige Untersuchungsergebnisse u. klinische Ausblicke auf Grund der Abderhaldenschen Ausblicke u. Methoden. Deutsche med. Wochenschr. No. 52.
40. Fournier, Contribution à l'étude de l'alcoolisme cérébral en Normandie. Thèse de Montpellier.
41. Fröhlich, Josef, Ein Fall von Geistesstörung als Folge chronischen Chloralmissbrauches. Der Amtsarzt. No. 4. p. 161.
42. Fürer, Zur Frage der sogenannten Abstinenzdelirien der chronischen Alkoholisten. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 51. p. 2802.
43. Gardner, W. E., Pellagra as Related in Insanity. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 1998. **(Sitzungsbericht.)**
44. Gatti e Montemezzo, Identità clinica ed etiologica fra il delirium tremens ed alcuni stati confusionali epilettici. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 98. **(Sitzungsbericht.)**
45. Giese, Gotthard, Zur Kenntnis der psychischen Störungen nach Kohlenoxydvergiftungen. 1911. Inaug.-Dissert. Königsberg.
46. Goepel, Emil, Ein Beitrag zur Lehre von den posteklamptischen Psychosen. Inaug.-Dissert. Kiel.
47. Green, E. M., Psychoses Accompanying Pellagra. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 1779. **(Sitzungsbericht.)**
48. Guile, Hubert V., The Differential Diagnosis of Alcoholic Coma. Medical Record. Vol. 82. No. 16. p. 702.
49. Hahn, R., Polyneuritische Psychose nach künstlichem Abort. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 50. H. 1. p. 306.
50. Heilig, Über Alkoholpsychosen. Nach dem Material der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Strassburg i. E. aus den Jahren 1906—1910. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. (Originale.) Bd. 10. H. 1—2. p. 109.
51. Henderson, D. K., On Delirium Due to Bromide: with Notes on a Case. Edinbourgh Med. Journal. N. S. Vol. VIII. No. 6. June. p. 507.
52. Hesnard, A., Note sur les fumeurs de chanvre en Orient. L'Encéphale. 2. S. No. 7. p. 40.
53. Derselbe, Diagnostic différential des délires paludéen et éthylique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 322. **(Sitzungsbericht.)**
54. Derselbe, Psychose palustre prolongée. Revue neurol. No. 11. p. 779. **(Sitzungsbericht.)**



55. Heyer, Über die Korsakoffsche Psychose. Zeitgenössische Psychiatrie. 1911. No. 1.
56. Hirschberger, Nikolai, Ueber Psychosen bei Flecktyphus. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1375.
57. Kanngiesser, Fr., Intoxikationspsychosen. Ein Vademekum für die ärztliche Praxis. Jena. Gustav Fischer.
58. Koch, Hans Wolfgang, Psychosen bei Karzinomkachexie. Inaug.-Dissert. Kiel.
59. König, H., Zur Klinik des menstruellen Irreseins. Berl. klin. Wochenschr. No. 35. p. 1645.
60. Kozowsky, Die Pellagra. Arch. f. Psych. Bd. 49. H. 1—3.
61. Kutzinski, Fall von eklamptischem Delirium. Neurol. Centralbl. 1913. p. 139. (Sitzungsbericht.)
62. Laehr, Hans, Ein Fall von akuter Psychose nach chronischem Veronalgebrauch. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 529.
63. Lagane, L., Psychoses au cours de la rougeole et d'angines simples. Contribution à l'étude des psychoses infectieuses. La Presse médicale. No. 73. p. 740.
64. Lang, Friedrich, Beitrag zur Lehre der Psychosen nach akuten Infektionskrankheiten: Psychose nach Erysipel. Inaug.-Dissert. Kiel.
64a. Lang, Nikolaus, Akuter Gelenkrheumatismus und Geistesstörung. Inaug.-Dissert. Erlangen.
65. Le Dentu, Les psychoses chirurgicales d'origine infectieuse; la stupeur primitive des opérés. La Semaine gynécol. 1911. 17. 1.
66. Levi-Bianchini, Sur un nouveau réflexe de la cuisse observé chez les aliénés cholériques. Revue neurol. 1. S. No. 6. p. 393.
67. Lhermitte, J., et Chatelin, Polynévrite avec psychose au cours de la cirrhose hypertrophique graisseuse. ibidem. 1. S. p. 214. (Sitzungsbericht.)
68. Ljass, Korsakoffsche Psychose und Poliencephalitis Wernicke. Obosrenje psich. 1911. No. 2.
69. Löwy, M., Zur Kasuistik „dyshumoraler" Störungen. Prag. med. Wochenschr. 34—37.
70. Luther, A., Über das Vorkommen chronischer Alkoholhalluzinosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. 9. H. 5. p. 582.
71. Mandel, S., Zur Aetiologie der Alkoholpsychosen. Elemeorvosi Ertekezlet Munkálatai. 6. 143.
72. Marchand, L., et Petit, Georges, Cirrhose bronzée chez une alcoolique atteinte de psychose polynévritique. Bull. Soc. anat. de Paris. 6. S. T. XIV. No. 4—5. p. 224.
73. Dieselben, Syndrome paralytique et attaques épileptiformes au cours de l'alcoolisme chronique. Considérations anatomo-pathologiques. ibidem. 6. S. T. XIV. No. 4—5. p. 228.
74. Marie, A., Saturnisme et aliénation mentale: un auto-mutilateur. Arch. de Neurol. 1913. 11 S. T. I. p. 106. (Sitzungsbericht.)
75. Marmier et Genil-Perrin, Bouffée hallucinatoire d'étiologie incertaine chez une morphinomane. Revue neurol. 2. S. p. 153. (Sitzungsbericht.)
76. Meyer, E., Zur pathologischen Anatomie des Korkakoffschen Symptomenkomplexes alkoholischen Ursprungs. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 49. H. 2. p. 469.
77. Mignot, R., et Adam, P., Néphrite aiguë avec état mélancolique et hyperlymphocytose rachidienne. Revue neurol. No. 11. p. 779. (Sitzungsbericht.)
78. Dieselben, Psychose syphilitique chronique chez un vieillard de 71 ans. ibidem. No. 11. p. 778. (Sitzungsbericht.)
79. Moësta, Curt, Über die Aetiologie und die Entwicklung eines systematischen Wahnes. Wahnbildung bei einem Trinker. Inaug.-Dissert. Jena.
80. Muratoff, W., L'alcoolisme et la psychonévrose. L'Encéphale. 2. S. No. 7. p. 1. u. Russ. Arzt. 11. 1359.
81. Neumann, Hermann, Beitrag zur Lehre von den Eklampsiepsychosen. Inaug.-Dissert. Kiel.
82. Neumann, Hugo, Über psychische Störungen im Prodromalstadium der Rubeolen. Kassowitz Festschrift. Berlin. J. Springer.
83. Nonne, Über Alkoholdelirium. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 49. (Sitzungsbericht.)
84. Partlow, W. D., Relation of Auto-Intoxication to Certain Psychoses with Brief References to Methods of Treatment. Southern Med. Journal. Dec.
85. Pashayan, N. A., Toxic Deliria: Report of Cases. Albany Medical Annals. Voll. 33. No. 9. p. 522.
86. Prince, Amnésie de fixation et fabulation chez un alcoolique chronique. Revue de Psychiatrie XVI. No. 3.
87. Provost, Un cas de cocaïnisme nasal. Arch. internat. de Neurol. 1903. 11. S. T. 1. p. 48. (Sitzungsbericht.)
88. Quensel, Psychose durch Kohlenoxydvergiftung. Medizin. Klinik. No. 11. p. 434.



89. Raecke, Ueber Schwangerschaftspsychosen mit besonderer Berücksichtigung der Indikation zum künstlichen Abort. ibidem. No. 36. p. 1456.
90. Rapoport, Mlle, Syndrome de Korsacoff au cours de la grossesse et de la puerpéralité. Thèse de Paris.
91. Ravarit, Gabriel, Délire alcoolique intense avec sitiophobie complète pendant plusieurs jours, chez un malade atteint de cirrhose de Laënnec, avec ascite considérable. Gaz. des hôpitaux. No. 97. p. 1367.
92. Rezza, A., Beitrag zur pathologischen Anatomie der Pellagrapsychosen. Zeitschr. f. die ges. Neurol., u. Psych. (Originale.) Bd. 12. H. 1—3. p. 1.
93. Roque, G., Les troubles psychiques d'origine thyroïdienne. Le Progrès médical. No. 29. p. 354.
94. Sänger, A., Nervenerkrankungen in der Gravidität. München. med. Wochenschr. No. 41.
95. Schell, J. P., Psychoses of Alcoholism. Journ. of Tennessee State Med. Assoc. Jan.
96. Schittenhelm, A., und Weichardt, W., Die endemische Kropf, mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens im Königreich Bayern. Berlin, J. Springer.
97. Schröder, George, Stoffwechselversuche bei Delirium tremens. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 2. p. 123.
98. Schröder, E. G., Nogle Stofskifteforhold ved Delirium tremens. Hospitalstidende. **55.** 737.
99. Schroeder, P., Intoxikationspsychosen. G. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. 3. Abt. 1. Hälfte. Wien. Fr. Deuticke.
100. Schweisheimer, Der Alkoholgehalt des Blutes unter verschiedenen Bedingungen. Arch. f. klin. Medizin. Bd. 109. p. 271.
101. Sengès, Accidents aigus au cours d'alcoolisme chronique ayant simulé la paralysie générale. Arch. de Neurol. 10. S. T. II. p. 56. **(Sitzungsbericht.)**
102. Siebert, Vergiftungspsychose nach dem Genuss von Radix Hyoscyami nigri. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 116. **(Sitzungsbericht.)**
103. Sittig, O., Ein Fall von Korsakowscher Psychose auf Grund diabetischer Acidose. Monatschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 3. p. 241.
104. Slizewicz, Jean, Les troubles psychiques dans l'intoxication par l'Ether. Thèse de Montpellier.
105. Suchanow, S., Alkoholismus und Jugendirresein. Prakt. Arzt. (russ.) **11.** **39.**
106. Ternowsky, N., Traumatisme et psychose de Korsakoff. Thèse de Genève.
107. Vallon, Charles, Guérison tardive d'une psychose alcoolique. Revue neurol. 1. S. p. 584. **(Sitzungsbericht.)**
108. Vennin, Délire toxi-infectieux au cours d'une prostatite suppurée. Gaz. des hôpit. p. 1045. **(Sitzungsbericht.)**
109. Vigouroux et Prince, Impaludisme chronique avec épilepsie. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 182. **(Sitzungsbericht.)**
110. Vollrath, Ulrich, Der Hirnbefund bei der Korsakoffschen Psychose (nebst Mitteilung eines neuen Falles). Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. H. 4. p. 331.
111. Wedensky, N., Geruchshalluzinationen als Vorboten des dipsomanischen Anfalls. Psych. d. Gegenwart. (russ.) **6.** 173.
112. Wertheim, Moritz, Zur Lehre von den Psychosen bei Uraemie. Inaug.-Dissert. Kiel.
113. Wholey, C. G., Cases Illustrating Some of Acute Forms of Mental Pathology Resulting from Alcoholism. Lancet Clinic. Febr. 17.
114. Derselbe, Relationship of Drug Addictions, Particularly Alcoholism, to Nervous and Mental Diseases. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 5. p. 322.

Die Auffassung der Intoxikationspsychosen wird immermehr von der Erkenntnis beeinflußt, daß die — akute oder chronische — Vergiftung nur der eine ätiologische Faktor ist, neben dem die endogene Prädisposition eine ebenso bedeutsame Rolle spielt. Das geht soweit, daß z. B. Schröder die ethische Depravation des chronischen Alkoholismus nicht als Folge der chronischen Giftwirkung, sondern als einen Ausdruck der degenerativen Anlage auffaßt. Für die Pathogenese der chronischen Intoxikation wird weiter jetzt wohl von allen Seiten anerkannt die Bedeutung der „ätiologischen Zwischenglieder“, die nach der Auffassung Bonhöffers die Brücke zwischen der eigentlichen Giftwirkung und den klinischen Erscheinungen der chronischen Vergiftung bilden. Deshalb ist auch das klinische Bild der chronischen Intoxikation etwas ganz anderes als nur die Verstärkung, Kumulierung oder Progression der akuten Vergiftung. Die lange angezweifelten, chronischen



Psychosen toxischer Genese, insbesondere die chronische Alkoholparanoia müssen nach den Beobachtungen des letzten Jahres als echte, toxische Psychosen, wenn auch selten vorkommend, doch anerkannt werden. Daß die Dipsomanie nicht oder nur in den seltensten Fällen eine Teilerscheinung der Epilepsie ist oder als „psychische Epilepsie" aufgefaßt werden darf, darüber sind sich jetzt die meisten Autoren einig.

Die Auffassung der Autointoxikationspsychosen hat eine neue Beleuchtung und Erweiterung erfahren durch die zunehmende Erkenntnis von der Bedeutung der inneren Sekretion. Daß die inneren Drüsen und namentlich ihre Beziehungen zum sympathischen und autonomen Nervensystem, die wir zuerst bei der Schilddrüse kennen gelernt haben, eine wichtige Rolle beim Zustandekommen flüchtiger, psychischer Symptome (Angstzustände usw.), wie ausgesprochener psychischer Störungen spielen, scheint zweifellos; aber noch sind diese Beziehungen so wenig klargestellt, daß der Versuch, darauf schon eine Diagnostik und Therapie aufzubauen (vgl. Loewy) verfrüht erscheint.

Auch bei den Infektionspsychosen wird der endogenen Prädisposition eine wesentliche Bedeutung beigelegt und auch hier wieder, wie bei den Intoxikationspsychosen mit einem ätiologischen Zwischenglied gerechnet, indem die infektiöse Noxe eine Stoffwechselveränderung des Organismus setzt, die ihrerseits erst die psychischen Erscheinungen hervorruft. So erklären sich auch hier die relativ gleichmäßigen psychischen Reaktionsweisen auf die verschiedenartigsten, infektiösen Noxen; Bonhöffer faßt diese Reaktionsweisen unter dem Namen der „exogenen Symptomenkomplexe" zusammen.

Für die bei Infektionen, bei exogenen Vergiftungen und bei autotoxischen Prozessen auftretenden Psychosen werden vielleicht von besonderer Bedeutung in pathogenetischer wie diagnostischer Beziehung werden die Abderhaldenschen Untersuchungen über den Nachweis des artfremden und des mangelhaft abgebauten, körpereigenen Eiweißes im Blut. Es ist bereits von Fauser der Versuch gemacht, bekannte Psychosen auf ihr Verhalten zu verschiedenen Körperorganen zu untersuchen. Die Zukunft muß zeigen, was dabei für die klinische Psychiatrie zu erwarten ist.

Bonhoeffer (19) gibt eine Darstellung der bei den akuten Infektionen auftretenden Psychosen. Der Mannigfaltigkeit der Grunderkrankung steht eine große Gleichförmigkeit der psychischen Bilder gegenüber. Infektionskrankheiten, erschöpfende Momente, Autointoxikationen zeigen im wesentlichen übereinstimmende psychische Schädigungen, nämlich die von Bonhöffer als exogene Reaktionstypen bezeichneten: Delirien, epileptiforme Erregungen, Dämmerzustände, Halluzinosen, Amentiabilder. Auch die Verlaufsformen sind typisch: kritischer oder lytischer Anfall, Schwächezustände, amnestische Phasen, Steigerungen zum Delirium acutum. Diese exogenen Typen werden außerdem durch die endogenen Faktoren beeinflußt, so z. B. wenn jemand bei einer akuten Infektionskrankheit mit einer manischen Attacke reagiert. Im allgemeinen kann man ätiologische Differenzierung nur von Seite der neurologischen und somatischen Befunde, nicht der psychischen erwarten. Auch bei den Infektionspsychosen muß man mit der Annahme eines ätiologischen Zwischengliedes rechnen, das zwischen die Infektion und die psychischen Schädigungen eingeschaltet ist. Bei den zur Obduktion kommenden schwereren Formen der Infektionspsychosen sind auch die histo-pathologischen Veränderungen nicht für die einzelne Form der Infektion charakteristisch.

Lang (64) beobachtete in der Kieler Klinik bei einem 39jährigen Mann nach einem sieben Tage dauernden Erysipel das Auftreten einer akuten Psychose mit ängstlicher Erregung, Verwirrtheit, Halluzinationen und Wahnideen; im Laufe von sechs Monaten tritt langsam Besserung ein.



Die Psychose wird als Infektionspsychose aufgefaßt. Begünstigend und als prädisponierende Ursache wirkten ein leichter angeborener Schwachsinn und chronische Alkoholexzesse.

Bochat (16): Mitteilung von zwei typischen Fällen günstig verlaufender Infektionspsychosen.

Benon (10) beschreibt einen Fall von „periodischer melancholischer Depression" als Begleit- und Folgeerscheinung einer häufig wiederkehrenden Influenza. (*Loewy.*)

Neumann (82) fand bei einem 19jährigen, kräftigen und gut entwickelten, geistesgesunden Jungen vor dem Auftreten eines Rubeola-Exanthems eine unter dem Bilde einer melancholischen Verstimmung verlaufende Veränderung. Neumann glaubt an eine geringere Widerstandsfähigkeit des Gehirns in der Pubertät gegenüber dem spezifischen Rubeolatoxin. (*Loewy.*)

Billich (12): Akut einsetzende, mit Angst, Delirien und Verwirrtheit einhergehende Psychose, die nach 2½ Wochen allmählich in Heilung übergeht.

Hirschberger (56) hat bei einer Flecktyphusepidemie über den psychischen Zustand der Befallenen folgendes feststellen können: Bei den psychischen Veränderungen spielt die Hauptrolle die Intoxikation, weniger Kollaps und Erschöpfung. In allen beobachteten Fällen bestand ein Fieberdelirium und in 12 unter 175 Erkrankungen entwickelten sich selbständige Irreseinsbilder. Die entstandenen Psychosen haben wenig Charakteristisches für die zugrundeliegende Infektion. Es werden dieselben Formen wie bei anderen Infektionskrankheiten beobachtet; vielleicht überwiegt beim Flecktyphus ein Zustand von Benommenheit, fehlendem Bewegungsdrang und häufig auftretende amnestische Symptome. Die Symptome der Psychose, z. B. die Wahnideen, überdauern oft den Temperaturabfall.

Levi-Bianchini (66) hat bei Geisteskranken einen Oberschenkelreflex gefunden, der ziemlich konstant in 67% der Fälle beobachtet werden konnte. Es tritt beim Kneifen der Muskeln im mittleren Drittel des Unterschenkels eine energische Kontraktion des Quadrizeps derselben Seite auf. Bianchini hält diesen Reflex für einen pathologischen spinalen, zytotoxischen Ursprungs und tetanischen Charakters. Dieser Reflex rühre, ähnlich wie die spastischen Reflexe bei Tetanusinfektion, von einer vorübergehenden oder permanenten Unterbrechung der kortiko-spinalen und intraspinalen (Diaschisis) Leitung her oder von einer zytotoxischen lokalen Übererregbarkeit der grauen Vorderhörner. (*Bendix.*)

Famenne (37) hält gegenüber einer Kritik von Camus seine Anschauung aufrecht, daß die Gonorrhoe namentlich bei längerer Dauer auch bei nicht hereditär disponierten Menschen eine Psychose hervorrufen könne, die in einer gewissen konstanten Beziehung zu der auslösenden Infektion stehe. Es handle sich namentlich um paranoische Zustandsbilder mit Wahnideen und Sinnestäuschungen vom Charakter der Verfolgung.

Alfijewsky (2) konnte einen Parallelismus zwischen dem Verlauf der tuberkulösen Prozesse und den nervösen und psychischen Symptomen feststellen. Er fand häufig Hyperästhesie besonders über der affizierten Lunge; ferner Zittern, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Gehörshalluzinationen. In 9% Hondowsche Symptome. Mitunter akute Schwellungen der Schilddrüse, die nach 1—2 Tagen schwanden oder auch konstant bleiben. Depressive Stimmung, erhöhte Suggestion, mechanische Muskelerregbarkeit und Kniereflex gesteigert. (*Kron.*)

Bodros (17) hat in Harras (Abessinien) den Geisteszustand der Leprakranken studiert: In der Hauptsache handelt es sich um einen degenerativen Zustand. Bei erhaltenem Gedächtnis und Intelligenz gehen hauptsächlich

die ethischen Gefühle zugrunde. Es entsteht starke, affektive Reizbarkeit, Neigung zu gewalttätigen Ausbrüchen, zu Vagabondage und allerlei unsozialen Handlungen. Bodros führt diese psychischen Veränderungen weniger auf die Infektion als auf das Milieu, in dem die Kranken leben, und auf ihre soziale Lage zurück.

Bériel (11) betont, daß bei den im Gefolge von Nierenerkrankungen, namentlich der chronischen Nephritis auftretenden Psychosen zwei ätiologische Faktoren in Betracht zu ziehen sind: als auslösender Moment die renale Insuffizienz, als grundlegende Ursache eine nervöse Prädisposition, die angeboren oder erworben sein kann. Ein entsprechender Fall wird berichtet.

Wertheim (112) beschreibt einen Fall von „Amentia" mit schweren Verfolgungsideen bei Urämie, anscheinend als renale Psychose zu deuten. Somatische Symptome waren Albuminurie, Zylindrurie, gespannter Puls, erhöhter Blutdruck, Kopfschmerzen, Erbrechen. (*Loewy.*)

Sänger (94) bespricht allerlei leichtere und gröbere Störungen in der Gravidität. Er glaubt nicht, daß alle Fälle von unstillbarem Erbrechen der Schwangeren hysterischer Natur sind. In manchen Fällen liegt eine toxische Ursache zugrunde, wie schon die gelegentliche Kombination mit Polyneuritis zeigt; in solchen Fällen ist der künstliche Abort indiziert. Epilepsie, die erst in der Schwangerschaft ausbricht, indiziert den künstlichen Abort nur, wenn es sich um sehr schwere oder gehäufte Krampfanfälle handelt. Die in der Schwangerschaft ausbrechenden Psychosen können unter Umständen durch künstlichen Abort koupiert und der Eintritt einer unheilbaren Psychose verhindert werden.

Raecke (89) teilt die in der Gravidität ausbrechenden Psychosen in 3 Gruppen: solche mit toxischer Genese, solche, bei denen eine endogene Psychose lediglich durch die Schwangerschaft ausgelöst wird, und solche, die nur zufällige Komplikationen der Gravidität darstellen. Bei der ersten Gruppe (Amentia, Chorea, Eklampsie, Korsakow) ist in schwereren Fällen der künstliche Abort indiziert. Bei der 2. Gruppe (Dementia praecox, Melancholie, manisch-depressives Irresein) ist in manchen Fällen die Unterbrechung anzuraten, jedenfalls aber auch bei günstigem Ausgang der einzelnen Attacke eine neue Schwangerschaft zu verhüten. Zur 3. Gruppe rechnet Raecke die Paralyse, Epilepsie, Hysterie und einzelne psychopathische Zustände. In diesen Fällen muß die Einleitung des Abortes noch individueller gehandhabt werden; allgemeine Gesichtspunkte lassen sich nicht aufstellen.

König (59) will die zur Zeit der Menses auftretenden Psychosen unter dem einheitlichen Begriff einer Menstruationspsychose zusammenfassen, obwohl sie weder symptomatologisch noch prognostisch einheitlich sind. Er meint aber, daß doch, trotz der häufig vorkommenden Prädisposition, der Vorgang der Menstruation für die psychischen Störungen verantwortlich zu machen sei. Die Prognose ist um so ungünstiger, in je früherem Lebensalter diese Psychosen einsetzen.

Koch (58) sah 2 Psychosen bei Karzinomkachexie und vermutet eine Autointoxikation. Besonders auffällig war ihm in seinen Fällen und in denen der Literatur der rasche Wechsel in der Gemütsverfassung, schnelle geistige Erschöpfbarkeit und Sinnestäuschungen. Die Psychosen beginnen ca. 2 Monate ante exitum. (Ref. möchte davor warnen, diese Psychosen auf eine Autointoxikation zu beziehen. Viel eher wäre wohl an eine Anlage zum manisch-depressiven Irresein usw. zu denken, das durch die schwere körperliche Schwächung zum Ausbruch kommt. Einen derartigen Fall beobachtete Ref. auch in der Kraepelinschen Klinik.) (*Loewy.*)

Balser (6) hält nach den Erfahrungen der Mainzer Hebammenlehranstalt und nach der Literatur die Nierendekapsulation für eine weder theoretisch genügend begründete, noch durch gute Erfolge gerechtfertigte Behandlung der Eklampsie Schwangerer. Er empfiehlt die medikamentöse Behandlung mit Morphium und Chloral nach Stroganoff, eventuell mit gleichzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft.

Goepel's (46) Mitteilung betrifft eine kurzdauernde halluzinatorische Psychose, die sich an eklamptische, nach der Geburt auftretende Anfälle anschließt.

Neumann (81) beschreibt aus der Kieler Klinik zwei Fälle von Eklampsie. Im ersten Falle traten einen Tag nach der Geburt eklamptische Anfälle, Koma und Verwirrungzustand mit motorischer Unruhe auf; für den Geburtsvorgang bestand Amnesie. Heilung am 10. Tag. Auch danach noch Albuminurie, die auf eine chronische Nephritis zurückgeführt wird. Im 2. Fall wurde die 6. Schwangerschaft wegen eines Anfalls unterbrochen. Auch die 7. Schwangerschaft wurde, diesmal aber wegen Blutungen, unterbrochen. 8 Wochen später Schwindelanfall mit Bewußtlosigkeit; die Anfälle, immer ohne Krämpfe, wiederholen sich und gehen schließlich in schweres Koma über, in dem die Kranke stirbt. Autopsie ohne befriedigenden Befund. Verf. glaubt, daß es sich hier um eine Epilepsie ohne motorische Entladungen handelt, und daß der letal endende Zustand als „Graviditätstoxikose bei einem epileptisch veränderten Gehirn“ aufzufassen ist.

Schittenhelm und **Weichardt** (96) stellen fest, daß der Kropf in Bayern hauptsächlich in den Gebirgsgegenden vorkommt, daß eine familiäre Disposition von Bedeutung ist, daß weiter das Trinkwasser, aber nicht die geologische Bodenbeschaffenheit, sondern die Gemeinsamkeit der Flußgebiete eine ätiologische Rolle spielt; sie glauben, daß Mikroorganismen mit dem Trinkwasser einverleibt werden. Auch in Bayern gehen Kropffrequenz und Kretinismus parallel, aber ein bestimmter Einfluß des Kropfes auf die körperliche und geistige Beschaffenheit läßt sich nicht feststellen.

Den ersten Teil seiner Arbeit widmet **Roque** (93) dem Studium des Geisteszustandes der Basedowkranken. Die psychischen Störungen stellen sich in der mannigfachsten Weise dar als Zwangsvorstellungen, Phobien, Halluzinationen und Delirien und rühren von einer Dysthyreoidie her. Im zweiten Teil beschäftigt er sich mit den psychischen Störungen infolge von Hyperthyreoidie, infolge einer Intoxikation mit Schilddrüsenpräparaten. Die Mitteilung der Krankengeschichte einer jungen Frau, die übermäßig Schilddrüsenpräparate gebraucht hatte, zeigt deutlich den Unterschied des Auftretens deliranter Symptome bei dieser Art thyreoidaler Infektion. (*Bendix.*)

Fauser (39) geht von den Abderhaldenschen Feststellungen aus, daß eine dem Körper zugehörige Substanz doch für das Blut des eigenen Körpers artfremd sein kann und von ihm „abgebaut“ wird. Fauser nimmt an, daß bei schweren akuten Psychosen zerfallende Nervensubstanz in das Blut gelangt und von diesem unter Entwicklung eines besonderen Fermentes „abgebaut“ wird. Man kann dieses auf Gehirn eingestellte Blutferment nachweisen, indem man dem entnommenen Blutserum fremde Hirnsubstanz zusetzt und — unter den nötigen Kontrollen — Pepton nachweist. Das gelang Fauser bei schweren akuten Psychosen. In ähnlicher Weise fand er bei Dementia praecox eine Reaktion des Blutserums auf Hodengewebe. Bei der Paralyse macht Fauser folgende Deduktion: Das Syphilisgift macht Zerfall der Hirnsubstanz; die noch nicht völlig abgebaute Hirnsubstanz gelangt in das Blut und ruft eine Fermententwicklung hervor. Diese Fermente bauen die aus dem Gehirn stammenden blutfremden Eiweißstoffe völlig ab,

können aber unter Umständen auch das lebende Gehirn angreifen; so kommt es zu den metaluetischen Wirkungen.

Löwy (69) versteht unter „Dyshumorie“ allerlei nervöse und psychische Störungen, häufig auch verbunden mit trophischen Störungen, die er auf Anomalien der Drüsen mit innerer Sekretion zurückführt. Solche Störungen sind leichte Angstzustände, Stimmungswechsel, Eigenbeziehungen, Unruhe, hysterische Züge, Tremor, Pulsbeschleunigung, abnorme Schweißsekretion, Braunfärbung der Haut, Vitiligo- und Schuppenbildung, Neigung zur Adipositas. Die Fälle zeigen Besserung auf allgemeine diätetische Maßnahmen, Bädertherapie und Suggestivbehandlung.

Schroeder (99) betont bei der Ätiologie der Intoxikationspsychosen die Rolle der Prädisposition, die nicht nur erklärt, warum nur bestimmte Individuen nach einer chronischen Vergiftung von einer Psychose befallen werden, sondern auch, weshalb der einzelne sich den chronischen Genuß einer Substanz suchtartig angewöhnt. Auch die ethische Depravation der Trinker und Alkoholiker ist zum großen Teil eine Teilerscheinung der degenerativen Anlage und nicht die Folge der chronischen Vergiftung. Zum Bild der toxischen Psychosen gehören auch die Erscheinungen auf somatischem Gebiet, namentlich gastrische und intestinale Vorgänge, degenerative Vorgänge an den großen Drüsen, dem Herzen und den Gefäßen. Die akuten Intoxikationspsychosen sind charakerisiert durch den Mangel an Progression; sie entwickeln sich nach dem Abklingen der ersten stürmischen Erscheinungen nicht weiter. Eine Entwicklung typischer chronischer Psychosen von rein toxischer Ätiologie ist noch nicht sichergestellt; namentlich wendet sich Schröder gegen die Annahme einer toxischen Paralyse; derartige Bilder können nur als Pseudoparalyse bezeichnet werden.

Damaye (28) konstruiert eine Parallele zwischen akuten toxischen Störungen und den postparoxysmalen psychischen Störungen der Epileptiker; die letzteren führt er auf eine „mechanische Erschöpfung“ der Rindenelemente zurück (es sind aber doch auch bei der Epilepsie toxische Vorgänge im Spiele! Ref.). Er zeigt, daß psychische und motorische Erscheinungen bei beiden Vorgängen ungefähr gleichartig verlaufen, nur daß bei der Epilepsie die Benommenheit (Obnubilation), bei den toxischen Psychosen die Verwirrtheit (Konfusion) überwiegt.

Damaye (29) beobachtete 12 Jahre lang einen Fall, der unter dem Bilde der Dementia praecox begann und verlief. Während des Verlaufes zeigten sich die Erscheinungen einer Lungentuberkulose, die schließlich auch den Tod herbeiführten. Das Gehirn bot makroskopisch und mikroskopisch die Zeichen mäßiger Atrophie; am Herzen fand sich alte Klappenendokarditis als Zeichen einer früheren Infektion. Aus dem ganzen Befund und Verlauf will Verf. den Fall nicht der Dementia praecox, sondern den toxisch-infektiösen Psychosen (im Sinne einer exogenen Vergiftung) zuweisen und stellt eine Reihe von anatomischen Merkmalen auf, die für diese Differentialdiagnose charakteristisch sein sollen.

Briggs (22) ist geneigt, die meisten akut einsetzenden Psychosen, namentlich die mit Verwirrtheit oder Depression einhergehenden, auf eine Autointoxikation zurückzuführen. Diese ist nicht einheitliches Ganze, sondern durch Störungen verschiedener Organfunktionen hervorgerufen. Insbesondere spielen Magen-Darmstörungen, Veränderungen der Lebersekretion und der inneren Drüsen eine Rolle. Neue Tatsachen für diese Anschauungen bringt der Verf. nicht, sondern nur zahlreiche Zitate aus der Literatur und einige Fälle eigener Beobachtung, bei denen verschiedenartige psychische Störungen durch eine entsprechende Stoffwechselbehandlung angeblich geheilt wurden



Besonderer Nachdruck für die Diagnose wird auf die Hyperleukozytose gelegt. Bei der Behandlung verlangt Verf. stickstoffarme, vorwiegend flüssige Diät, reichliche Durchspülung des Körpers mit Salzeinläufen und subkutanen Salzinfusionen, intestinale Desinfektion mit Salol oder ähnlichen Präparaten und Magenausspülungen.

Laehr (62) beobachtete einen der seltenen Fälle, bei denen nach jahrelangem chronischem Veronalgebrauch eine Psychose entstand, die symptomatologisch den nach chronischem Alkoholmißbrauch einsetzenden akuten Alkoholpsychosen ähnlich war: Einsetzen mehrere Tage nach Fortfall des Mittels unter dem Bild des Deliriums, daran anschließend eine paranoische Episode mit zahlreichen konfabulatorisch zusammengefaßten und ausgebauten Wahnideen. Die Psychose entstand auf dem Boden psychopathischer Veranlagung, die sich auch schon früher in einer Charakteranomalie äußerte. Die begleitenden körperlichen Erscheinungen der Psychose, lallende Sprache, glänzende Augen, Rötung des Kopfes sind für den Veronalismus typisch. Auch bei dieser chronischen Vergiftung müssen „ätiologische Zwischenglieder" im Sinne Bonhöffers angenommen werden, die auch dann noch wirksam sind, wenn die direkten Folgen der Vergiftung nach Ausscheidung des Veronals verschwinden.

Fröhlich (41) beobachtete nach längerem chronischem Gebrauch von „Bromidia", das neben Brom hauptsächlich Chloralhydrat enthält, die allmähliche Entwicklung einer Psychose, die mit Eigenbeziehungen und Verfolgungsideen sexuellen Inhalts einherging. Bei der Entwöhnung in der Anstalt traten Abstinenzerscheinungen (Unruhe, akustische und optische Halluzinationen) auf; über den weiteren Verlauf wird nichts berichtet.

Brehm (20) berichtet über einen Gummiarbeiter, der nach einer CS_2-Vergiftung eine akut einsetzende Psychose bekam, die sich mit körperlichen Vorboten namentlich von seiten des Intestinaltraktus einleitete. Danach trat ein Zustand von Ratlosigkeit, Halluzinationen und Wahnideen bei teilweise erhaltener äußerer Orientiertheit ein, der in ängstliche Hemmung mit Zügen des katatonen Stupors überging. Die Erkrankung heilte nach 9 monatlicher Dauer aus. Es ist aber wichtig, daß die ganze Krankheit sich auf dem Boden eines leichten angeborenen Schwachsinns mit degenerativen Zügen entwickelte. Dies entspricht den Fällen der Beobachtung Laudenheimers; man muß aber trotz dieser degenerativen Grundlage den Fall als echte toxische Psychose, nicht als endogene Psychose auffassen.

Deus (31) berichtet von mehreren Fällen von CO-Vergiftung in einem Schlafzimmer. Der eine Patient starb, die anderen zeigten mehr oder weniger Zeichen von Amnesie nach dem Erwecken. Der Autor betont die Wichtigkeit der Tatsache, daß oft im Anfangsstadium gefährliche delirösе Zustände vorkommen. (*Loewy.*)

Quensel (88) berichtet über einen Patienten, der bei einem Grubenbrand eine Kohlenoxydgasvergiftung erlitt. Er war 5 Tage schwer komatös und hatte im Anschluß daran trophische Störungen (Dekubitus). Dann begann unmittelbar nach dem Erwachen aus dem Koma ein Zustand schwerer Verwirrtheit und ausgedehnter retrograder Amnesie; allmählich setzte ein als Demenz imponierender psychischer Ausfall ein, der von deutlichen organischen Symptomen (Pupillendifferenz, apraktische Symptome) begleitet war. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus besserte sich der Zustand allmählich; Paralyse ist auszuschließen. Der Fall ist ein typisches Beispiel für die durch CO. gesetzten groben organischen Veränderungen des Zentralnervensystems (teils Gefäßveränderungen, teils direkte Schädigung des Nervengewebes).



Giese (45) zeigt, daß die Kohlenoxydvergiftung keine durch spezifische Veränderungen des Nervensystems bedingte Erkrankung hervorrufen kann, sondern verschiedenartige symptomatische Störungen, die teils organischer, teils funktioneller (psychogener) Natur sind. Zuerst treten als unmittelbare Folge der Gewebsalteration die organischen Symptome auf, dann später setzen hysterische Züge ein. In den beiden vom Verf. mitgeteilten Fällen steht im Vordergrund des Bildes der Korsakowsche Symptomenkomplex und eine vorübergehende isolierte Schriftstörung von amnestischem Charakter. Verf. weist darauf hin, daß auch von anderen Autoren Agraphien, Aphasien und Apraxien nach Kohlenoxydvergiftung beobachtet wurden, was auf eine elektive Wirkung des Giftes hindeutet.

Hesnard (52) schildert das Milieu der Haschischraucher, den akuten Haschischrausch und den Zustand der chronischen Intoxikation. Beim akuten Rausch ist objektiv festzustellen motorische Erregung, sprachliche Inkohärenz, parapraktische und paraphasische Störungen, Herzarythmien und entsprechende Zirkulationsstörungen. Subjektiv überwiegt das Gefühl der Euphorie; im weiteren Verlauf treten Illusionen und Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, Desorientierung und schließlich Dämmerzustände mit nachfolgender Erinnerungsstörung auf. Die chronischen Haschischraucher sind intellektuell und ethisch defekt, neigen zu impulsiven unmotivierten Gewalttaten und zeigen körperlich einen weitgehenden Verfall und frühzeitiges Senium.

Kozowsky (60) gibt eine ausführliche monographische Darstellung der Pellagra an der Hand von 26 klinisch genau beobachteten und pathologisch-anatomisch untersuchten Fällen. Die Pellagra läßt sich pathologisch-anatomisch und im histologischen Bild von anderen chronischen Erkrankungen des Nervensystems abgrenzen. Für die einzelnen Verlaufsformen ist eine besondere anatomische Differenzierung bis jetzt nicht möglich.

Rezza (92) fand bei den Pellagrapsychosen folgende histologische Veränderungen: Proliferative Prozesse der Pia (Fibroblasten, Lymphozyten und Leukozyten). Degenerative Veränderung der Gefäßwände (Anwesenheit von Fettstoffen), aber keine Arteriosklerose. Eine einigermaßen konstante Veränderung der Ganglienzellen in Gestalt von Schwellung, Abschmelzung der Zellfortsätze, Umwandlung des Zellprotoplasmas in eine eigenartige Substanz. Progressive Veränderungen der Glia in Gestalt von Wucherung der Weigertschen Gliazellen und Gliafasern und der protoplasmatischen Glia, sowie regressive Veränderungen, die hauptsächlich in der Bildung von Lipoidstoffen im Leib der Gliazellen bestehen. Systematische degenerative Veränderungen der Fasern fehlen. Ebenso finden sich nirgends Entzündungserscheinungen.

Bondurant (18) beschreibt 5 Fälle von Pellagra, die klinisch unter dem Bild der progressiven Paralyse verliefen, namentlich auch in bezug auf die neurologischen Befunde: Reflexe, Pupillen, Sprachstörungen; in einem Fall bestanden tabische Symptome mit aufgehobenen Reflexen und Muskelatrophie. Auch die psychischen Bilder erinnerten an Paralyse. Bei der Differentialdiagnose kamen außer dem negativen Wassermann die Hautveränderungen (Erythem), die gastrointestinalen Störungen und die Vorgeschichte in Betracht. Anatomische Befunde werden leider nicht mitgeteilt.

Schweisheimer (100) fand, daß das normale menschliche Blut durchschnittlich 0,03‰ Äthylalkohol enthält; nach der Nahrungsaufnahme ist die Konzentration erhöht. Genossener Alkohol geht als solcher in das Blut über; im Blut von Betrunkenen ist er bis zu einer Konzentration von 2,3‰ nachweisbar. Die Alkoholkonzentration des Blutes ist beim Nichttrinker höher als beim Trinker. Der Alkoholgehalt des Blutes bleibt beim Nichttrinker längere Zeit auf hoher Konzentration als beim Trinker und wird bei

letzterem auch schneller eliminiert. Die psychischen Einflüsse des genossenen Alkohols sowie der Grad der Trunkenheit gehen parallel der Alkoholkonzentration im Blut. Die Überempfindlichkeit des Epileptikers gegen Alkohol ist zum Teil auf einen erleichterten Übergang des Alkohols im Blut zurückzuführen. Verf. meint, daß diese Befunde verwertet werden können zur Differentialdiagnose zwischen schwerer Trunkenheit und anders bedingter Bewußtseinsstörung und zur Feststellung, ob jemand Alkohol genossen hat und wieviel.

Wholey (113) gibt eine Reihe von 4 Fällen akuter Alkoholpsychosen, von denen die erste ein typisches Delirium ist; die nächsten stehen zwar auch dem Delirium noch nahe, zeigen aber starke Fixierung der Sinnestäuschungen und der Orientierungsstörungen und den allmählichen Übergang zur Bildung von Wahnideen, die im 3. und 4. Fall schon in ein System gefaßt werden. Es läßt sich nachweisen, (was man schon länger wußte), daß die Halluzinationen sich an wirkliche Störungen der Sinnesorgane anschließen oder der Ausdruck für real und logisch begründete Bewußtseinsvorgänge, Gedanken, Befürchtungen sind.

Muratoff (80) betont die Notwendigkeit, bei dem Bild der alkoholischen Psychosen, die zufälligen Beimischungen von hysterischen, epileptischen Zügen und von periodischen endogenen Psychosen abzutrennen. Bei der Dipsomanie untersucht er die Gruppe der auf dem Boden einer periodischen Psychose entstehenden Fälle; sie zeichnen sich durch ein völlig abstinentes Zwischenstadium aus. Auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entstehen dipsomanische Attacken, die nur eine Exazerbation des chronischen Alkoholismus darstellen. Häufig findet sich hier eine Beimischung von hysterischen Zügen. Zur Epilepsie gehören nach der Auffassung Muratoffs nur ganz wenige Fälle von Dipsomanie, bei denen die Attacken einen deliranten Charakter tragen. Auch beim echten Delirium tremens trennt er Fälle ab, die deutlich die Züge eines epileptischen Dämmerzustandes tragen, er weist andererseits auf Fälle mit hysterischen Komplikationen hin. Endlich erinnert er daran, daß im Beginn latenter und manifester Psychosen häufig alkoholische Attacken verschiedener Art auftreten können.

Heilig (50) hat das Material der Straßburger Klinik an Alkoholpsychosen aus 4 Jahren gesichtet und liefert eine kritische Darstellung. Wichtig ist die von ihm gegebene Einteilung der Alkoholpsychosen nach pathogenetischen Gesichtspunkten: a) Metatoxische Alkoholpsychosen: Delirium tremens, bei dem er als Ursache die durch den chronischen Alkoholmißbrauch bedingten Stoffwechselstörungen annimmt. Ihm nahe stehen echte Dämmerzustände, deren Hauptursache jedoch endogener Natur ist. b) Alkoholistische Reaktionspsychosen: Durch akute Intoxikation: Rausch und pathologischer Rausch. Durch chronische Intoxikation: alkoholische psychopathische Konstitutionen. Primär in bestimmter Richtung sich entwickelnde Reaktionstypen: rein psychotisch: Halluzinose, Paranoia. Psychomotorisch: echte Alkoholepilepsie.

Wholey (114): Aufzählung der nervösen und psychischen Störungen, die durch Alkohol verursacht werden können, und der Psychosen, in deren Verlauf Trunksucht auftreten kann.

Appel (3) stellt an die Spitze einer Arbeit, die die Anschauungen der Riegerschen Schule wiedergibt, den Satz, daß völlig gehirngesunde Menschen durch chronische Vergiftung mit Alkohol vorübergehend in einen Zustand schwerer geistiger Störung fallen können. Den professionellen Alkoholismus der Gastwirte usw. sieht er als Beweis dafür an, daß auch die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus bei von Haus aus normalen Menschen zu-



stande kommen können. Im übrigen bringt er eine Anzahl von Krankengeschichten, bei denen die alkoholistischen Seelenstörungen auf dem Boden einer andersartigen endogenen Psychose enstanden sind.

Barbé (7) schildert den Geisteszustand des chronischen Alkoholikers und die dabei auftretenden Züge von Demenz. Nach seiner Ansicht bleiben nach einer akuten Psychose des chronischen Alkoholikers eine Reihe von psychischen Zügen zurück, die zunächst als Demenz imponieren. In dieser Periode kann durch Totalabstinenz eine Reihe von solchen chronisch gewordenen Symptomen verschwinden. Bei weiteren Alkoholexzessen erst tritt die eigentliche Demenz ein, die dann auch unaufhaltsam fortschreitet, selbst wenn durch erneute Alkoholentziehung dem Wiederauftreten psychotischer Attacken vorgebeugt wird.

Schröder (97) untersucht den Stoffwechsel von Alkoholdeliranten von der Höhe des Deliriums bis 2 Tage nach dem terminalen Schlaf. Er fand eine Abnahme der Stickstoff- und Ammoniakausscheidung, die er auf eine vermehrte Säurebildung während des Deliriums zurückführt. Vielleicht ist daran die vergrößerte Muskelarbeit, die zur Milchsäurebildung führt, schuld. Allerdings lassen sich Zusammenhänge der prozentualen Stickstoffausscheidung mit den klinischen Erscheinungen an jedem einzelnen Tage noch nicht feststellen.

Fürer (42) beschreibt aus dem Material einer Privatanstalt Fälle von Delirium tremens, bei denen in das in Entwicklung begriffene Delirium sich ein Tag einschiebt, der große Ähnlichkeit mit der kritischen Beendigung der Krankheit hat und zu der Annahme verleitet, daß nun weiter kein Delirium zur Entwicklung käme, während in Wirklichkeit unmittelbar darauf der Ausbruch des eigentlichen Deliriums erfolgt. Dieser Verlauf wurde beobachtet, sowohl bei plötzlicher Entziehung, als bei Fortgewährung von Alkohol. Fürer meint, daß es sich bei den Abstinenzdelirien um ähnliche Verlaufsformen handeln könne. Er hält deshalb das Vorkommen der Abstinenzdelirien noch nicht für bewiesen. Jedenfalls betont er, daß man deswegen nicht von der erprobten sofortigen Entziehung natürlich unter sorgfältiger ärztlicher und diätetischer Überwachung des Patienten abgehen will.

Luther (70) stellt an der Hand eigener Beobachtungen und kritischer Durchsicht der Literatur fest, daß eine chronische Paranoia alkoholischen Ursprungs, wenn auch selten vorkommt. Man ist berechtigt, diese chronische Alkoholparanoia dann anzunehmen, wenn man das gleichzeitige Bestehen einer anderen Psychose oder einer schweren degenerativen psychischen Entartung ausschließen kann, und wenn sich die Erkrankung aus einem akuten Stadium einer typischen Alkoholpsychose (Delirium, akute Halluzinose oder Korsakow) entwickelt hat. In den von Luther beschriebenen Fällen, war der Ausgang verschiedenartig: einmal Spätheilung, zweimal ein Zurücktreten der Sinnestäuschungen, sonst eine Progredienz bis zum Einsetzen eines stationären Zustandes. Unter den Sinnestäuschungen überwiegen die Halluzinationen; zu einem fest fixierten Wahnsystem kommt es nicht. Differentialdiagnostisch ist namentlich die Abgrenzung gegen die Dementia praecox wichtig, wozu der akute Beginn, das dauernde Fehlen katatoner Symptome und der Dissoziation zwischen affektivem und Vorstellungsleben herangezogen wird.

Moësta (79) beschreibt eine chronische mit systematisierten Wahnideen und Halluzinationen einhergehende Geistesstörung, die sich aus einem akuten Erregungszustand entwickelte. Die Erkrankung entwickelte sich auf einer degenerativen Grundlage nach jahrelangem chronischen Alkoholmißbrauch. Die Wahnbildung wurde durch die von Anfang an vorhandene Mitbeteiligung



der Affekte gefördert. Eine deutlich nachweisbare Demenz trat auch in dem chronischen Stadium der Erkrankung nicht ein.

Guile (48) macht auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Coma alcoholicum und zerebralen Affektionen aufmerksam und geht auf die für andere Affektionen als Alkoholismus sprechenden Merkmale genauer ein. Die Diagnose eines Coma alcoholicum könne meist nur per exclusionen gestellt werden. (*Bendix.*)

Fabinyi (35) demonstriert den folgenden Fall: 43jähriger Tagelöhner erlitt im Jahre 1891 durch ein Trauma eine Hirnläsion, demzufolge eine linksseitige Hemiplegie. Nach 20 Jahren bekommt Patient eine Psychose, weshalb er in der Irrenanstalt Lipótmezö interniert wurde. Die Untersuchung ergab folgendes Bild: An der rechten parietalen Seite des Schädels die Spuren eines Traumas. Die Muskulatur der linken Körperhälfte ist atrophisch. Starke Parese der linken Extremitäten. Pupillen zeigen keine Veränderungen. Reflexe stark gesteigert, kein Babinski. Hypästhesie am ganzen Körper. Die neuromuskuläre Reaktion der gelähmten Muskeln ist herabgesetzt ohne E. R. Patient gibt zu, jahrelang sehr viel Alkohol genossen zu haben. Seit 3 Jahren Halluzinationen und Visionen mit religiösem Inhalt. Er sieht, daß sich der Himmel öffnet und in dreierlei Farben spielt. Im Beginne seiner Krankheit hat er sehr viel gebetet und war sehr verwirrt. Ausgesprochene Demenz. Zeitweise epileptische Anfälle. Fabinyi ist der Ansicht, daß in diesem Falle der Alkoholabusus bei einem Individuum mit einem schwer verletzten Gehirn eine Alkoholpsychose verursachte. Die angeführten Halluzinationen waren die Folgen eines Alkoholdeliriums; beim Zustandekommen dieses Zustandes lieferte das schwer lädierte Hirn einen günstigen Boden. (*Hudovernig.*)

In einem Vortrage über die Ätiologie der Alkoholpsychosen bespricht **Mandel** (71) seine Erfahrung auf Grund des Studiums von 120 Fällen. Er fand, daß in 60% der Fälle von Delirium tremens pathologische Abnormität der Betreffenden nachweisbar ist: Schwachsinn, Epilepsie, Manie oder einfache Demenz, welche Zustände nach Abklingen der Alkoholintoxikation in den Vordergrund traten. Schwieriger gestaltet sich diese Frage bei den chronischen Psychosen der Trinker, welche nichts besonders Pathognomisches aufweisen, und bei welchen die Internierung wegen Trunksuchtserscheinungen erfolgt; die Kranken gleichen später ganz den auf endogener Basis psychisch Erkrankten. Genaue Analyse solcher Fälle ergibt nun, daß es sich auch hier um eventuell rudimentär entwickelte andere Psychosen handelt. Aus diesem Grunde akzeptiert Vortr. nicht die sog. chronischen Alkoholpsychosen, weil in diesen Fällen der Alkohol bloß ein auslösendes oder beschleunigendes Moment für eine andere, bereits bestehende psychische Erkrankung bildet. Aus diesem Grunde sieht Vortr. keine Notwendigkeit für die Errichtung besonderer Trinkerheilanstalten, sondern es sind bloß bessere Irrenanstalten als die jetzigen erforderlich, in welchen besondere Abteilungen für Alkoholisten notwendig sind. (*Hudovernig.*)

Prince (86) beschreibt bei einem chronischen Alkoholiker mit Leberzirrhose und Albuminurie Korsakoffsche Symptome, nämlich Amnesie, zeitliche und örtliche Desorientierung und Konfabulation und hebt hervor, daß hier die polyneuritischen Symptome fehlen. Die Korsakoffschen Symptome sind die Folge der Intoxikation und nicht der Polyneuritis.

Sittig (103) berichtet über einen Diabetiker, der in der Zeit, als er Aceton und Azetessigsäure im Harn hatte, eine typische Korsakoffsche Psychose darbot, welche durch eine spezifische, gegen die Azidosis gerichtete Behandlung synchron mit dem Schwinden des Azetons im Harn sich zurück-



bildete. Hier sind also die Bedingungen erfüllt, die man stellen muß, wenn man die Psychose direkt auf den Diabetes als ursächliches Moment zurückführen will. Der Diabetes bestand schon vor der Psychose; von anderen Ursachen kam nur leichte Arteriosklerose in Betracht.

Hahn (49) sah bei einer 30jährigen Frau, die zum 11. Male gravid war, im 3. Schwangerschaftsmonat nach unstillbarem Erbrechen, das zur Einleitung des künstlichen Abortes führte, eine polyneuritische Psychose mit Lähmung der unteren Extremitäten, Benommenheit, Verwirrtheit, später Merkfähigkeitsstörungen und Amnesie eintreten; die Lähmungen gingen zurück, es trat aber eine Demenz ein. Schon 3 Jahre vorher hatte die Patientin im 3. Schwangerschaftsmonat an unstillbarem Erbrechen und epileptischen Anfällen gelitten. Es wird eine durch die Schwangerschaft bedingte toxische Genese angenommen und hervorgehoben, daß die künstliche Unterbrechung durchaus nicht alle Fälle zur Heilung bringt.

Vollrath (110) beschreibt die pathologisch-anatomischen Befunde eines Falles von Korsakoffscher Psychose mit typischem klinischem Verlauf. Es fand sich allgemeine Degeneration der Ganglienzellen, diffuser Schwund der Fibrillen und Markfasern, eine entsprechende reaktive Gliawucherung, aber ohne ausgedehnte Faserfilze, Vermehrung der Gefäße, Ansammlung von Pigment in den Gefäßscheiden, aber keine Arteriosklerose, keine Trübung oder Verdickung der Hirnhäute, nirgends herdförmige Erkrankungen. Die Befunde stimmen im ganzen überein mit den von Thoma erhobenen, und es wird besonders betont, daß sie histologisch von dem Bild der progressiven Paralyse abzugrenzen sind.

Meyer (76) fand in einem Fall von typischer Korsakoffscher Psychose im Gehirn: 1. akute Veränderungen an den Zellen, frische Blutungen und Marchidegenerationen der Markscheiden. Diese sind auf den akuten Beginn aus dem Delirium tremens zu beziehen. 2. Chronische Veränderungen (Sklerose der Ganglienzellen, Schwund der Fibrillen, Verdickung der Gefäßwände), die er auf den präexistierenden chronischen Alkoholismus bezieht. Endlich 3. Veränderungen chronischer Art, namentlich Anhäufung von Abbauprodukten, die er als anatomischen Ausdruck für den Prozeß der Korsakoffschen Psychose selbst auffaßt.

Organische Psychosen, Dementia paralytica, Dementia praecox, Dementia senilis.

Ref.: Dr. Kurt Mendel-Berlin.

I. Dementia paralytica.

1. Agosti, J., Il valore clinico della prova di Butenko. Riv. ital. di Neur. 5. 155.
2. Ansalone, G., Lesioni neurofibrillare nella Demenza paralitica. Il Manicomio. 27. 39.
3. Arndt, M., Die Diagnose und Differentialdiagnose der progressiven Paralyse. Medizin. Klinik. No. 34. p. 1377.
4. Ballet, Gilbert, Paralysie générale à type discontinu. Revue neurol. No. 10. p. 735. **(Sitzungsbericht.)**
5. Barbé, A., Paralysie générale et traumatisme cranien. ibidem. 2. S. p. 153. **(Sitzungsbericht.)**
6. Derselbe et Lévy-Valensi, J., Paralysie générale juvénile. Infantilisme. Aspect simiesque. ibidem. 1. S. p. 477. **(Sitzungsbericht.)**
7. Beck, O., Zur Differentialdiagnose von progressiver Paralyse und Kleinhirngumma. Monatsschr. f. Ohrenheilk. p. 287. **(Sitzungsbericht.)**



8. Bisgaard, Axel, Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Lues des Zentralnervensystems. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 3. p. 381.
9. Derselbe, Über ein regelmässiges Verhältnis zwischen Eiweiss- und Wassermann-Reaktionen in der Cerebrospinalflüssigkeit der Paralytiker. ibidem. Originale. Bd. X. No. 4/5. p. 616.
10. Bonnet, Paralysie générale et syphilis. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 121. **(Sitzungsbericht.)**
11. Brero, P. C. J. van, Dementia paralytica bei den Eingeborenen von Java und Madura. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 5. p. 571.
12. Butenko, A., Über einige Eigentümlichkeiten der Reflexe bei Dementia paralytica. Revue f. Psych. (Russ.) 17. 535.
13. Campbell, C. M., On Certain Problems Presented by Cases of General Paralysis with Focal Symptoms. Amer. Journ. of Insanity. 68. 491.
14. Carbone, Domenico, und Pighini, Giacomo, Chemische und biochemische Untersuchungen über das Nervensystem unter normalen und pathologischen Bedingungen. IV. Mitteilung. Beitrag zur chemischen Zusammensetzung des Gehirns bei der progressiven Paralyse. Biochem. Zeitschr. Bd. 46. H. 6. p. 450.
15. Chauffard, A., Paralysie générale. Le Bulletin méd. 26. 821.
16. Clark, J. N., The Clinical Classification of General Paralysis of Insane. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. March.
17. Clérambault, de, Contribution à la question Syphilis et Paralysie. (Etude sur 4134 syphilitiques). Ann. méd.-psychol. X. S. T. I. p. 331. **(Sitzungsbericht.)**
18. Courbon et Nougaret, Méningite chronique et syndrome démentiel paralytique chez un enfant de huit ans. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 335.
19. Cullerre, A., Un cas de paralysie générale au XVIIIe Siècle. Ann. médico-psychol. X. S. T. II. No. 6. p. 481.
20. Damaye, Henri, La paralysie générale; ses rapports avec les psychoses toxiques. Le Progrès médical. No. 1. p. 1.
21. Damouchiewsky, Mlle, Contribution à l'étude de la paralysie générale juvénile. Thèse de Paris.
22. Darling, H. C. R., Adolescent General Paralysis. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. V. No. 6. Neurological Section. p. 155.
23. Deák, St., und Benedek, L., Unterschiede zwischen Paralytiker- und Praecoxserum vom Standpunkte der Auslösung immuner Hämolysinproduktion. Orvosi Hetilap. 53. 565. 585. 600.
24. Domansky, Werner, Ueber das Verhältnis der Oxyproteinsäurenausscheidung zum Gesamtstickstoff im Harn von Paralytikern. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. H. 1. p. 53.
25. Ducosté, Maurice, Pseudo-paralysie générale d'origine toxi-infectieuse. Année méd. de Caen. No. 2. p. 70—74.
26. Eyman, H. C., and O'Brien, J. D., A Study of Certain Serum Reactions in the Blood-Serum of General Paralytics and its Familial Aspects. Amer. Journ. of Insanity. 68. 485.
27. Fischer, Jg., Über die inzipiente Paralyse. Budapesti Orvosi Ujság. 10. 529.
28. Fisher, E. D., General Paresis, Tabes and Cerebrospinal Syphilis. Monthly Cyclop. and Med. Bulletin. Jan.
29. Flagoumié, Symptomatologie de la paralysie générale (prodromes et début). La Clinique. 1911. No. 42. p. 664—666.
30. Gassiot, Georges, De la fréquence comparée chez les hommes et chez les femmes de la paralysie générale dans la Haute-Garonne. Toulouse médical. 1911. p. 349.
31. Graefe, Erich, Zur Lehre der galoppierend verlaufenden Form der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissert. Kiel.
32. Gregory, M. S., and Karpas, M. J., A Case of General Paralysis or Cerebral Syphilis (Endarteric Form). The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. p. 619. **(Sitzungsbericht.)**
33. Gross, Über die Dementia paralytica. Mediz. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesver. p. 598. **(Sitzungsbericht.)**
34. Günther, Willi, Ein Beitrag zur Lehre von der stationären Paralyse. Inaug.-Dissert. Kiel.
35. Hoche, Die Dementia paralytica. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Leipzig-Wien. F. Deuticke.
36. Hudovernig, K., Für Paralyse charakteristische Befunde im Liquor cerebrospinalis bei Imbezillität. **Sitzungsber.** d. Kgl. ungar. Aerztevereins. 22. April.
37. Hughes, Charles H., Mays Laboratory Diagnosis of General Paresis. The Alienist and Neurologist. Vol. XXXIII. No. 3. p. 263.



38. Joachim, Hans, Statistische und klinische Betrachtungen über Veränderungen im Vorkommen und Verlauf der progressiven Paralyse in Elsass-Lothringen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 500.
39. Juquelier, P., et Fillassier, A., Paralysie générale avec symptômes moteurs rappelant la sclérose en plaques. Evolution rapide. Autopsie: méningo-encéphalite diffuse et sclérose symétrique des cordons latéraux de la moelle; prédominance de cette sclérose aux faisceaux pyramidaux croisés. Ann. méd.-psychol. 10. S. T. I. p. 214. **(Sitzungsbericht.)**
40. Kahn, Pierre, et Mercier, Un cas de démence paralytique ou syphilitique sans lymphocytose céphalo-rachidienne. Revue neurol. 2. Sém. p. 622. **(Sitzungsbericht.)**
41. Kaplan, D. M., The Laboratory Differentiation between General Paralysis and Cerebrospinal Syphilis and the Serology of Spinal Cord Tumors. The Amer. Journ. of Insanity. 69. 337.
42. Klien, H., Über das Verhältnis zwischen Wassermann- und Eiweiss-Reaktionen in der Cerebrospinalflüssigkeit der Paralytiker. Eine Kritik der diesbezüglichen Arbeit Axel Bisgaards. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 14. H. 1. p. 97.
43. Klieneberger, Otto, Die juvenile Paralyse. Medizin. Klinik. No. 38. p. 1531.
44. Krabbe, K., Über Paralysis agitans-ähnlichen Tremor bei Dementia paralytica. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. 9. H. 5. p. 571.
45. Kure, S., Hypomanische Form der Dementia paralytica. Neurologia. Bd. XI. H. 5. (Japanisch.)
46. Lafora, Gonzalo R., Zur Frage der hereditären Paralyse des Erwachsenen (Dementia paralytica hereditaria tarda). Zugleich ein Beitrag zur histopathologischen Absonderung der juvenilen Paralyse. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 4. p. 443 u. Revista clinica de Madrid. No. 18—19. p. 201. 241.
47. Laignel - Lavastine et Jonnesco, Victor, L'hypophyse des paralytiques généraux. Bull. Soc. anat. de Paris. 6. S. T. XIV. No. 9. p. 417.
48. Dieselben, Hypophyse pathologique d'une démente précoce. ibidem. 6. S. T. XIV. No. 9. p. 419.
49. Derselbe et Mercier, E., Paralysie générale conjugale. Revue neurol. 2. S. p. 787. **(Sitzungsbericht.)**
50. Dieselben, Aphasie de Broca avec hémiplégie gauche, transitoires chez un gaucher, paralytique général au début. ibidem. 2. Sém. p. 622. **(Sitzungsbericht.)**
51. Laroche, G., et Richet, Ch. fils, Aortite et tachycardie dans la paralysie générale. ibidem. No. 7. p. 488.
52. Leverty, Alexander S., A Case of Fulminating General Paresis, with Autopsy. Medical Record. Vol. 81. No. 9. p. 413.
53. Löwenhaupt, Kurt, Zwei Fälle von Dementia paralytica und Geburt. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 36. p. 1683.
54. Mabille et Perrens, Les transformations évolutives de la paralysie générale et les idées de suicide chez les paralytiques généraux. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 335.
55. Mapother, Edward, Aphasia in General Paralysis and the Conditions associated with it. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 243.
56. Marchand, L., Amnésie de fixation et amnésie d'évocation chez un paralytique général. Arch. de Neurol. 10. S. T. II. p. 57. **(Sitzungsbericht.)**
57. Derselbe, et Petit, G., Paralysie générale du chien. ibidem. 10. S. Vol. II. No. 5. p. 317.
58. Martini, Gaetano, Un caso atipico di paralisi progressiva riscontrata istologicamente. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 143. **(Sitzungsbericht.)**
59. Mattauschek und Pilcz, Alexander, Beitrag zur Luesparalysefrage. Wiener klin. Wochenschr. p. 142. **(Sitzungsbericht.)**
60. Mc Vicar, Bates, G., and Strathy, G. S., Laboratory Tests in the Diagnosis of General Paresis. Canadian Med. Assoc. Journ. July.
61. Meyer, E., Progressive Paralyse, kombiniert mit „Meningo-Myelitis marginalis". (Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Lues cerebrospinalis.) Archiv f. Psychiatrie. Bd. 50. H. 1. p. 245.
62. Meyer, Hermann, Ein Beitrag zur nuklearen Ophthalmoplegie bei progressiver Paralyse. Inaug.-Dissert. Kiel.
63. Mignot, Roger, et Marchand, L., Paralysie générale avec dégénérescence amyloïde du cerveau et syndrôme pseudo-bulbaire. L'Encéphale. I. S. No. 6. p. 497.
64. Milian, Paralysie générale infantile. Gaz. des hôpitaux. p. 1656. **(Sitzungsbericht.)**
65. Mills, George W. T., The Occurrence of General Paralysis in Women. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 11. p. 862.
66. Miraillé, Ch., Progressive Paralyse und Paralysis agitans. Bemerkungen zu der Arbeit von Knud Krabbe: Über Paralysis-agitans-ähnlichen Tremor bei Dementia paralytica. (Diese Zeitschr. 9. 571.) Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XI. H. 5. p. 614.



67. Näcke, P., Ein Fall von atypischer Paralyse mit echt epileptischen Krämpfen und wochenlang andauerndem Korsakoff. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 49. H. 2. p. 372.
68. Naville, F., De la paralysie générale chez l'enfant. Revue méd. de la Suisse Romande. No. 11. p. 742.
69. Nobel, Fall jugendlicher progressiver Paralyse. Wiener klin. Wochenschr. p. 1891. **(Sitzungsbericht.)**
70. Nordman, Les hallucinations dans la paralysie générale. La Loire médicale. No. 2. p. 38—42.
71. Oberholzer, Emil, Spontaner Zahnausfall bei Paralyse. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 3. p. 348.
72. Obregia, Al., Parhon, C., et Urechia, C., Contribution à l'étude de l'obésité des paralytiques généraux. Nouv. Icon. de la Salpêtr. No. 6. p. 463.
73. Orloff, N., Fall von juveniler progressiver Paralyse mit Autopsie. Psych. d. Gegenwart. (Russ.) **6.** 503.
74. Patschke, Franz, Zentral bedingte Schmerzattacke mit hohem Fieber bei progressiver Paralyse. Neurol. Centralblatt. No. 12. p. 752.
75. Peters, F., Untersuchungen der Gedächtnisstörungen paralytisch Geisteskranker mit der „Zahlenmethode". Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 1—2 p. 173.
76. Pfeifer, Berthold, Zur histologischen Diagnose der progressiven Paralyse mittels Hirnpunktion. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 10. p. 517.
77. Picard, Max, Ein Beitrag zur Lues- und Paralysefrage. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
78. Pilcz, Alexander, Bedingungen für die Entstehung der progressiven Paralyse. Medizin. Klinik. No. 16. p. 644.
79. Plantier, G., Des rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale. Thèse de Bordeaux.
80. Puillet, P., De l'état intellectuel dans les démences (Paralysie générale. Démence sénile. Démence précoce). Thèse de Lyon.
81. Reid, D. Mc Kinlay, Fracture of Four Ribs in Sequence due to Tubercular Disease. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 636.
82. Rémond, A., et Lévèque, Juliette, Note sur un cas de fugue de nature épileptique chez un paralytique général. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 548.
83. Rezza e Paoli, Citoplasmatociti e plasmatociti a contenuto y (cellule di Perusini) nella paralisi progressiva. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 135. **(Sitzungsbericht.)**
84. Richardson, W. W., Dementia Paralytica. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 25. p. 1313.
85. Riggs, C. Eugene, Some Atypical Cases of Tabes and Paresis Considered in the Light of Serodiagnosis. The Journal of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. No. 12. p. 824.
86. Robertson, W. Ford, The Etiology of Dementia paralytica. The Lancet. II. p. 872.
87. Rosenfeld, M., Über juvenile Paralyse. Medizin. Klinik. No. 44. p. 1784.
88. Rudnew, W., Paralysis progressiva paranoides. Neurol. Bote. (Russ.) **19. 103.**
89. Sagel, W., Über einen senilen Fall von progressiver Paralyse. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XI. H. 5. p. 651.
90. Salomon, Jean, La paralysie générale prolongée. Gaz. méd. de Paris. No. 160. p. 271.
91. Derselbe, Contribution à l'étude des paralysies générales prolongées. Thèse de Paris.
92. Santrot, Contribution à l'étude des formes de la paralysie générale. Thèse de Paris.
93. Scheidemantel, Eduard, Die juvenile Paralyse. Friedreichs Blätter für gerichtl. Medizin. März-Juni. p. 155. 212.
94. Schob, Kleinhirnpräparate bei juveniler Paralyse. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1831. **(Sitzungsbericht.)**
95. Schröder, P., Ueber Remissionen bei progressiver Paralyse. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 5. p. 429.
96. Schrottenbach, Heinz, Zur pathophysiologischen Auffassung der Anfälle und Delirien bei Paralysis progressiva. ibidem. Bd. 31. H. 3. p. 250. Bd. 32. H. 1. p. 92.
97. Sigot, G., L'hérédité similaire dans la paralysie générale. Thèse de Montpellier.
98. Sokalsky, N. A., Méthode de recherche du parasite du sang et du liquide cérébrospinal dans la paralysie générale. Assemblée scientif. des méd. de l'Asile psych. de St. Nicolas à St. Petersbourg. 7. mars.
99. Sormani, B. P., Über den Bacillus paralyticans (longus und brevis) von W. Ford Robertson. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **56** (II). 363.
100. Steyerthal, Verlaufseigentümlichkeiten der progressiven Paralyse. Neurol. Centralbl. p. 1309. **(Sitzungsbericht.)**
101. Straussler, E., Weitere Beiträge zur Kenntnis der Kombination von tertiärluetischer cerebraler Erkrankung mit progressiver Paralyse und über Erweichungsherde bei Paralyse Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XII. H. 4. p. 365.
102. Sugie, T., Ueber die katatonischen Symptome der Dementia paralytica. Neurologia. Bd. IX. H. 4. (Japanisch.)



103. Thabuis et Barbé, A., Etude physico-chimique du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. Revue neurol. No. 22. p. 533.
104. Tissot, F., Paralysie générale traumatique. L'Encéphale. No. 4. p. 355.
105. Tomaschny, Über Gehörshalluzinationen bei progressiver Paralyse. Neurol. Centralbl. p. 539. **(Sitzungsbericht.)**
106. Trénel et Puillet, Paralysie générale amaurotique. Arch. de Neurol. 10. S. T. I. p. 253. **(Sitzungsbericht.)**
107. Usse, Les délires d'imagination dans la paralysie générale. Thèse de Paris.
108. Veres, F., und Szabó, J., Der diagnostische Wert der Karvonenschen Reaktion in der Diagnose der Syphilis und progressiven Paralyse. Orvosi Hetilap. **53.** 823. 847. 863.
109. Vigouroux, A., et Hérisson, Traumatisme et paralysie générale. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 121. **(Sitzungsbericht.)**
110. Derselbe et Prince, A., Un cas curieux d'amnésie de fixation chez un paralytique général. La Clinique. p. 202.
111. Vorbrodt, Zur Kenntnis der familiären Paralyse. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 15. p. 695.
112. Wersiloff, Ein Fall von Paralysis progressiva infantilis. Neurol. Centralbl. p. 1193. **(Sitzungsbericht.)**
113. West, K. S., and Corlett, H. B., A Report of One Hundred Cases of General Paralysis of the Insane, with Serological and Cytological Findings. The Cleveland Med. Journ. Vol. XI. No. 5. p. 355.
114. Wisotzki, Carl, Beiträge zur juvenilen Paralyse und Tabes dorsalis. Inaug.-Dissert. Königsberg.
115. Zweig, Alexander, Die initialen Symptome der progressiven Paralyse. Berliner Klinik. H. 286.

II. Dementia praecox.

116. Allers, Rudolf, Ergebnisse stoffwechselpathologischer Untersuchungen bei Psychosen. II. Der Stoffwechsel bei Dementia praecox. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Referate. Bd. VI. H. 1. p. 1.
117. Archambault, Paul, et Guiraud, Paul, Modifications de l'écriture au cours de la démence précoce paranoïde. L'Encéphale. 1. S. No. 5. p. 452.
118. Ballet, Gilbert, et Gallais, Alfred, Etat simulant la démence précoce. Signe d'Argyll Robertson. Rémission unilatérale du signe d'Argyll. Guérison des troubles mentaux. Revue neurol. 1. S. p. 317. **(Sitzungsbericht.)**
119. Barbé, A., Les difficultés du diagnostic différentiel entre la démence précoce et la psychose périodique. L'Encéphale. 1. S. No. 5. p. 437.
120. Becker, W. H., und Sommer, R., Ist die Dementia praecox heilbar? — Bemerkungen zu dem Aufsatz W. H. Beckers von R. Sommer. Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VII. H. 4. p. 377. 382.
121. Bleuler, Antwort auf die Bemerkungen Jungs zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. **3.** 475.
122. Derselbe, Dementia praecox und Gruppe der Schizophrenien. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Leipzig-Wien. F. Deuticke u. Allg. Wiener Mediz. Ztg. No. 29. p. 317.
123. Bond and Abbot, A Comparison of Personal Characteristics in Dementia praecox and Manic-Depressive Psychosis. Amer. Journ. of Insanity. LXVIII. p. 359.
124. Borda, J. T., Contribución al estudio de las lesiones celulares de la corteza cerebral en la demencia precoz. Rev. de la Soc. Méd. Argentina. **20.** 107.
125. Bumke, Plethysmographische Untersuchungen bei Dementia-praecox-Kranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 159. **(Sitzungsbericht.)**
126. Burr, Ch. W., The Biography of a Patient with Paranoid Dementia praecox. The Amer. Journal of Insanity. **69.** 109.
127. Capgras, J., Sonnette et poésie du dément précoce. L'Encéphale. No. 1. p. 34.
128. Derselbe et Crinon, Guérison apparente d'une démence précoce. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 5. p. 187.
129. Coles, William W., Recoveries in Dementia praecox. Westborough State Hosp. Papers. Ser. 1. p. 77.
130. Colin, Henri, Démence précoce. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 122. **(Sitzungsbericht.)**
131. Cornell, William Burgess, Cyanosis in Dementia praecox. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 25. p. 2208.
132. Damaye, Henri, Démences précoces et psychoses toxi-infectieuses. Echo médical du Nord. 2. Juin u. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. Oct. p. 205.
133. Dunton, William R., Predementia Praecox. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 25. p. 2206.
134. Fankhauser, Histologische Befunde bei Dementia praecox. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 3. p. 413.



135. Fuchs, W., Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 34. p. 400.
136. Garvin, W. C., Partial Analysis of a Case of Hysteria or Dementia Praecox. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 39. p. 832. **(Sitzungsbericht.)**
137. Halberstadt, Hallucinations cryesthésiques dans un cas de démence précoce. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 177.
138. Haushalter, P., Contribution à l'étude de la démence précoce chez les enfants. Arch. de méd. des enfants. XV. No. 3. p. 169.
139. Jones, Robert, Dementia Praecox in Relation to Apraxia. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 597.
140. Jung, C. G., Kritik über E. Bleuler: Zur Theorie des schizophrenen Negativismus. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopath. Forsch. 3. 469.
141. Koehler, E. v., Dementia praecox oder reaktive Depression? Neurol. Centralbl. 1913. p. 323. **(Sitzungsbericht.)**
142. Krueger, Hermann, Über die Cytologie des Blutes bei Dementia praecox. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 14. H. 1. p. 101.
143. Legrain, Trois déments précoces. Arch. de Neurol. 10. S. T. II. p. 55. **(Sitzungsbericht.)**
144. Derselbe, Démence précoce. ibidem. 10. S. Vol. II. p. 120. **(Sitzungsbericht.)**
145. Derselbe, Démence précoce et ramollissement cérébral. ibidem. 10. S. Vol. II. p. 123. **(Sitzungsbericht.)**
146. Leroy, R., Les rémissions dans la démence précoce. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 49. **(Sitzungsbericht.)**
147. Derselbe, Un cas de démence précoce chez une malade ayant présenté antérieurement des accès de délire intermittent. Ann. méd.-psychol. 10. S. T. II. p. 409. **(Sitzungsbericht.)**
148. Libert, L., Les perversions instinctives au début de la démence précoce. Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique. 348.
149. Lundvoll, H., Über Blutveränderungen bei Dementia praecox nebst einem Versuche einer Art spez. Therapie. Kristiania. Nationaltrykkeriet.
150. Mabille, Démence précoce fruste avec phénomènes de dyspraxie. Revue neurol. No. 11. p. 738. **(Sitzungsbericht.)**
151. Derselbe, Démence précoce et apraxie. Revue de Psychiatrie. T. XVI. No. 4. p. 134.
152. Marie, H., et Pailhas, Dessins curieux de déments précoces. Arch. internat. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 51. **(Sitzungsbericht.)**
153. Mayer, Hermann, Ueber die Aetiologie der Dementia praecox. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
154. Mc Kenzie, Jvy, and Marshall, R. M., Observations on the Nature of Dementia Praecox. Brit. Med. Journal. II. p. 1456. **(Sitzungsbericht.)**
155. Meyer, E., Körperliche Störungen bei Dementia praecox. Neurol. Centralbl. No. 8. p. 483.
156. Derselbe, Weiteres zu den Pupillenstörungen bei Dementia praecox. ibidem. No. 20. p. 1281.
157. Mollweide, K., Die Dementia praecox im Lichte der neueren Konstitutionspathologie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. IX. H. 1. p. 62.
157a. Montesano, G., Ueber den plötzlichen Tod bei der Dementia praecox. Riv. ital. di neurop., psych. ed elet. Bd. V. Heft 9.
158. Nelken, Jan., Über schizophrene Wortzerlegungen. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 1. p. 1.
159. Parker, James, Observations on a Case of Dementia Praecox. The Journ. of Mental Science. Vol. LVIII. p. 483.
160. Scarpini, V., Ricerche istologiche sui centri nervosi in un caso di demenza precoce catatonica. Rassegna di studi psichiatr. II. fasc. 1.
161. Singer, H. Douglas, Dementia praecox. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. No. 12. p. 812.
162. Sioli, F., Beitrag zur Histologie der Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 179. **(Sitzungsbericht.)**
163. Smith, L. L., Dementia praecox and Chronic Alcoholism. Military Surgeon. Sept.
164. Sommer, Bemerkungen zu dem Aufsatz von Herrn Oberarzt Dr. Becker: Ist die Dementia praecox heilbar? Klin. f. psych. u. nerv. Krankh. 7. 382.
165. Spielrein, S., Über den psychologischen Inhalt eines Falles von Schizophrenie (Dementia praecox). Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch. 3. 329.
166. Stearns, A. W., Prognosis in Dementia Praecox. Boston Med. and Surg. Journ. Aug.
167. Stransky, Erwin, Zur Entwicklung und zum gegenwärtigen Stande der Lehre von der Dementia praecox (Schizophrenie). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 5. p. 616.



168. Derselbe, Nachtrag zu dem Beitrag betr. „Dementia praecox“ usw. (Diese Zeitschr. 8. H. 5.) ibidem. Originale. Bd. IX. H. 1. p. 122.
169. Derselbe, Der derzeitige Stand der Klinik der Dementia praecox. Jahrbücher f. Psychiatrie. Bd. 33. p. 516. **(Sitzungsbericht.)**
170. Trénel, M., Démence précoce et folie périodique. Ann. médico-psychol. 10. S. Vol. II. p. 218. **(Sitzungsbericht.)**
171. Derselbe, La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler. Revue neurol. 2. S. No. 19. p. 372.
172. Truelle, Trois déments précoces. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 119. **(Sitzungsbericht.)**
173. Tyson, H. H., and Clark, L. P., Eye Syndrome and Dementia Praecox. Arch. of Ophthalmology. May. XLI.
174. Vigouroux et Prince, Trois cas de démence précoce. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 183. **(Sitzungsbericht.)**
175. Wolff, Zur Symptomatologie des Vorbeiredens. Neurol. Centralbl. p. 1062. **(Sitzungsbericht.)**
176. Zingerle, H., Zur Kenntnis der Störungen des sprachlichen Ausdruckes bei Schizophrenie. ibidem. No. 5. p. 290.

III. Dementia senilis.

177. Fischer, Über die durch Arteriosklerose verursachten Psychosen. Gyógyászat. **52.** 866.
178. Ladame, Ch., Encéphalite sous-corticale chronique. Un cas de psychose d'origine artérioscléreuse. L'Encéphale. 2. S. No. 7. p. 13.
179. Spielmeyer, Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. G. Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. Abt. 5. Wien. Fr. Deuticke.

A. Progressive Paralyse.

a) Allgemeines.

Marchand und **Petit** (57) kommen zu dem Schlusse, daß es beim Hunde eine progressive Paralyse gibt; dieselbe bietet oft die dementielle Form dar. Sie kann sich von Anfang an, noch vor Erscheinen der Intelligenzstörungen, in Krämpfen dokumentieren.

Laroche und **Richet** (51) konnten die Frage nach der Häufigkeit der Aortitis und Tachykardie bei Tabes und Paralyse an einem größeren Krankenmaterial untersuchen. Sie stellten fest, daß im Gegensatz zur Tabes bei der progressiven Paralyse die Aortitis und Tachykardie sehr selten ist, respektive meist nur bei Taboparalyse auftritt. Bei 30 Tabischen bestand 18mal Aortitis, bei 46 Paralysen nur 11mal. Laroche und Richet glauben, daß vielleicht die Ursache dieser auffälligen Erscheinung daraus zu erklären ist, daß das Luesvirus immer nur zu bestimmten Organen eine Affinität zeigt und andere intakt läßt; so geht ulzeröse Hautlues selten mit zentralen Störungen einher, dann fehle bei Encephalitis luetica chronica meist eine Aortitis, uud so könne es möglich sein, daß eine Affinität der syphilitischen Aortitis mit der tabischen Wurzelaffektion besteht. (*Bendix.*)

Hoche (35) gibt in seinem Buche eine kurze zusammenfassende Darstellung des heutigen Standes der Lehre von der progressiven Paralyse. Er legt, wie es ja nach dem Zweck der Darstellung zu erwarten ist, weniger den Nachdruck auf Bekanntes und Feststehendes, als vielmehr auf augenblicklich noch in der Schwebe befindliche Fragen. Nach kürzerer Darlegung über die Symptomatologie usw. wendet er sich der näheren Ergründung des Wesens der uns nur im groben bekannten ursächlichen Beziehungen, der Frage der persönlichen Empfänglichkeit und der Rassendisposition zu und beleuchtet den Gegenstand in interessanter Weise auch in Beziehung zu den klinischen Erscheinungen, auf bestimmte greifbare Hirnveränderungen, auf die feinere, namentlich chemische Diagnostik, die Frage der Heilbarkeit der abortiven Formen und endlich die therapeutischen Möglichkeiten. (*Cordes.*)



Joachim (38) stand ein Material von 730 sicheren Fällen aus den Anstalten Elsaß-Lothringens zur Verfügung. Es zeigten sich Änderungen in dem Vorkommen und Verlauf der Paralyse:

1. bei der Zahl der aufgenommenen männlichen Paralytiker. Sie ist im Verhältnis zu den Gesamtaufnahmen allmählich gesunken;
2. bei der Verteilung der männlichen Paralysen auf die einzelnen Kreise des Landes. Es ließen sich nicht unwesentliche Verschiebungen hier nachweisen;
3. bei der Verteilung der männlichen Paralysen auf die Berufe; ein wenn auch geringes Vordringen in die niederen Schichten ist unverkennbar;
4. bei dem Anteil der Ledigen an der Erkrankung, der eine Steigerung erfahren hat;
5. bei der Dauer der Erkrankung, die eine aber nur geringe Verlängerung aufweist;
6. bei dem ätiologischen Faktor, dem Potus, der deutlich seltener in der Anamnese erscheint;
7. bei der Erscheinungsweise der Paralyse; die dementen Formen überwiegen mehr und mehr die übrigen;
8. Anfälle scheinen seltener aufzutreten;
9. Remissionen sind ein häufigeres Vorkommnis geworden;
10. Tabes scheint sich häufiger mit der Paralyse zu vergesellschaften.

Cullerre (19) betont einleitend die Seltenheit der Nachrichten über Paralyse, die ihm besonders auch bei seinen Studien über Hof und Welt Ludwig XIV. aufgefallen sei, und gibt dann die Geschichte eines Falls von nach den Symptomen eindeutig zu diagnostizierender Paralyse, den er den Memoiren des Grafen Maurepas entnimmt, und der die Krankengeschichte des 1731 verstorbenen François Paul de Neuville, Erzbischof von Lyon, zum Inhalt hat. (*Cordes.*)

b) Ätiologie der progressiven Paralyse.

Pilcz (78) erörtert die Frage, welche Formen der Syphilis, und welche Behandlungsverfahren für die Entstehung der Paralyse vorwiegend in Betracht kommen, welche anderen begünstigenden Bedingungen in der Ätiologie herangezogen werden, endlich die Möglichkeiten einer therapeutischen Beeinflussung der initialen Fälle. Eigene mit Mattauschek gepflogene Katamnesen über 4134 ehemals syphilitische Offiziere ergaben 4,67 % paralytisch Gewordener. Die Mehrzahl hatte eine ungemein gutartige Lues und durchaus ungenügende Therapie. Der möglichst sorgfältigen, chronisch-intermittierenden Behandlung der Syphilis muß unbedingt das Wort geredet werden. Ein gutartiger Verlauf und das Ausbleiben von Rezidiven darf nicht energische Luestherapie verhindern. Wo erbliche Belastung bei Paralyse vorkommt, tritt dieselbe meist in der Form gleichartiger Heredität auf. Der Einfluß übermäßiger funktioneller Inanspruchnahme des Gehirns scheint nicht gering zu veranschlagen zu sein, weshalb für Luetiker eine gewisse Nervenhygiene immerhin von Bedeutung ist. Sorge für regelmäßiges Ausspannen, Sport, Vermeidung nervenzerrüttender Zerstreuungen und von Exzessen, Alkoholabstinenz sind jedem Syphilitiker zu empfehlen. Bei beginnenden, körperlich noch rüstigen Fällen von Paralyse konnte Verf. gar nicht selten nach einer regelrechten antisyphilitischen Kur in Kombination mit der Methode der Erzeugung künstlichen Fiebers weitgehende Remissionen und langdauernde Stillstände erzielen. Salvarsan erscheint bei Paralyse kontraindiziert. Dagegen empfahl sich die Kombination von Hg-Kuren mit Thyreoidinmedikation (eine halbe Tablette pro die). Den Abschluß der Arbeit bildet die Mit-



teilung über Versuche, den paralytischen Prozeß durch interkurrente fieberhafte Krankheiten günstig zu beeinflussen, Versuche, die mit einer 10 %igen Lösung von Alt-Tuberculinum Kochii angestellt sind. In 26,68 % von 86 Fällen erlangten Kranke auf diese Weise wieder ihre Berufstätigkeit, und die bereits verhängte Kuratel konnte wieder aufgehoben werden.

Robertson (86) erblickt in dem der Diphtheriegruppe angehörenden Bacillus paralyticans die Ursache der Paralyse und benutzt zur Behandlung der letzteren das Antiserum.

Damaye (20): Die progressive Paralyse spiegelt anatomisch sowie klinisch den Prozeß der toxi-infektiösen Psychosen in allen seinen Phasen wieder, sie stellt eine toxi-infektiöse Psychose von höchster Intensität und extrem schnellem Verlaufe dar. Diese Intensität und Verlaufsschnelligkeit sind die Folge eines besonders virulenten Toxins oder einer sehr geringen Widerstandskraft der Hirnelemente oder beider Ursachen zu gleicher Zeit. Zwischen den toxi-infektiösen Psychosen und der klassischen progressiven Paralyse existieren alle möglichen Übergänge. (Auffällig ist die Ansicht des Verf., nach welcher die Annahme des exklusiv syphilitischen Ursprungs der Paralyse eine Übertreibung darstellt. Die Anhänger dieser Ansicht nehmen doch immer mehr an Zahl ab. Ref.)

Tissot (104) berichtet über folgenden Fall: 33 jähriger Kutscher, bis Unfall völlig gesund. Lues negiert. November 1906 Sturz von der Leiter mit Zeichen von Hirnerschütterung, Blut aus Mund, Nase, Ohren, motorische Aphasie. Nach 2 Monaten Wiederaufnahme der Arbeit, doch deutliche Charakterveränderung und Gedächtnisschwäche. Juli 1908 gab Patient die Arbeit auf. Dezember 1909 Aufnahme ins Krankenhaus; daselbst progressive Paralyse festgestellt. (Wassermannsche Reaktion? Ref.) Autopsie verweigert.

Campbell (13) zeigt uns, daß neben unwesentlichen, zufälligen traumatischen Hirnsymptomen bei der progressiven Paralyse auf Grund einer syphilitischen Endarteritis Herderscheinungen auftreten können. Eine Entwicklung des Krankheitsprozesses aus diesen Krankheitserscheinungen zur progressiven Paralyse kann verschieden schnell vor sich gehen und das Krankheitsbild Züge beider Prozesse aufweisen. Eine Differentialdiagnose kann weder exakt auf klinischem noch serologischem Wege, sondern nur durch die histologische Untersuchung gestellt werden. Der Zusammenhang zwischen den anatomischen Veränderungen und den klinischen Symptomen ist noch unklar. Auch eine intensivere lokale Ausbildung des paralytischen Prozesses kann die Entstehung von Herderscheinungen begünstigen. (*Cordes.*)

van Brero (11) vertritt in seiner Arbeit im Gegensatz zu anderen Autoren die Auffassung, daß die Paralyse bei unkultivierten Rassen häufiger sei, als man bisher angenommen habe. Er stützt seine Behauptung auf Beobachtungen an den Eingeborenen von Java und Madura und fand unter 626 in der Zeit von 1902—1909 eingewiesenen, einheimischen Irren 33 Paralytiker oder beinahe 5,3 %, von denen 5,4 % auf die Javaner, 6 % auf die Sundanesen und 2,8 % auf die Maduresen entfielen, Zahlen, die im Vergleich zu denen der Kulturstaaten nicht hoch, aber doch nicht unbeträchtlich sind. Übrigens sind auch in anderen Tropenländern steigende Zahlen in den letzten Jahren gefunden worden.

Im allgemeinen nimmt er an, daß infolge der einfachen Lebensweise bei den Angehörigen unkultivierter Rassen die Gefahren eines Aufbrauchs des Nervensystems nicht groß sind. Was die Symptomatologie der Paralyse bei den Eingeborenen anbelangt, fand Verfasser keine wesentlichen Abweichungen. Es handelt sich meist um die klassische, mit Exaltation beginnende Form.



Weiterhin gibt Verfasser die Krankengeschichte seiner Fälle und schließt mit einem Hinblick auf einige in Europa weniger bekannte, ursächliche Faktoren für eine der Paralyse ähnelnde Hirnkrankheit. Als solche Faktoren nennt er neben der Schlafkrankheit Pellagra, chronische Malaria, Framboesia tropica, welch letztere er der Syphilis eng verwandt hält.

Für das seltenere Auftreten der Paralyse bei den Eingeborenen, meint er, gebe möglicherweise der verschiedene Sitz der Lueserkrankungen, — die sich bei den Eingeborenen am häufigsten in Haut und Knochen einniste, — eine Erklärung; da die Lues nicht behandelt werde, habe sie Gelegenheit, sich in der Haut auszutoben und verschone dann andere Organe. Daran glaubt er die Mahnung schließen zu sollen, daß kleine Hauterscheinungen nicht zu nachdrücklich behandelt werden sollten. (*Cordes.*)

Lafora (46) bringt nach einleitenden Bemerkungen über histopathologische Veränderungen bei der juvenilen Paralyse, die bei der Paralyse der Erwachsenen nicht beobachtet sind, und die als Entwicklungsstörungen angesprochen werden, welche je nach Zeit der Übertragung, d. h. je nachdem es sich um eine germinative oder plazentare handelt, verschieden ausgeprägt sind oder ganz fehlen, drei Fälle, die diesbezüglich interessant sind.

In den zwei ersten handelt es sich um klinisch einwandfreie Fälle von Paralyse bei Erwachsenen, die dann bei der histopathologischen Untersuchung einen sonst der juvenilen Paralyse eigenen Befund, nämlich viele zwei- und dreikernige Purkinjesche Zellen boten, und im dritten Fall um eine juvenile Paralyse, die trotz eingehender histologischer Untersuchung keine Entwicklungsstörungen erkennen ließ.

Auf Grund seiner Darlegungen kommt er zum Schlusse, daß die meisten Fälle juveniler Paralyse die charakteristischen histopathologischen Entwicklungsstörungen zeigen, daß ein Fehlen derselben aber eine juvenile Paralyse nicht ausschließe, sondern auf plazentare Übertragung des Virus schließen lasse und zwar zu einer Zeit, wo die Elemente der Gewebe schon weit im Laufe der Entwicklung fortgeschritten waren. Ferner daß auch die juvenile (hereditärsyph.) Paralyse im Erwachsenenalter zwischen 30 und 35 Jahren beobachtet und als hereditäre Paralyse bezeichnet werden könne, und daß man in derartigen Fällen mit histopathologischen Entwicklungsstörungen eine Dementia paralytica tarda diagnostizieren müsse. (*Cordes.*)

c) Juvenile Form der Paralyse.

Vorbrodt (111) berichtet über folgenden Fall von familiärer Paralyse: Vater, Mutter und Sohn litten an progressiver Paralyse: der Vater hatte Taboparalyse (expansiv-agitierte Form), die Sektion bestätigte die Diagnose; die Mutter lebt noch, sie war von ihrem ersten Bräutigam syphilitisch infiziert worden und hatte von ihm ein Kind, das $^1/_2$ Jahr alt an Krämpfen starb. Sie selbst zeigte — wie ihr Mann, den sie erst später als den syphilitischen ersten Bräutigam kennen lernte, — die expansiv-agitierte Form der Paralyse; der Sohn, 14 Jahre alt, hatte eine progressive Paralyse (demente Form; Scapulae scaphoideae!) mit positivem Wassermann in Blut und Liquor; die Sektion bestätigte die Diagnose (keine mehrkernigen Purkinjeschen Zellen im Kleinhirn, wie sie bei der juvenilen Paralyse vorkommen sollen). (Ref. möchte im Anschluß hieran die folgenden selbstbeobachteten Fälle mitteilen: es handelte sich um einen Patienten mit typischer progressiver Paralyse, der selbst Lues leugnete und in glaubwürdiger Weise berichtete, daß er nie mit einer anderen Frau als wie mit seiner Ehefrau sexuellen Verkehr gehabt habe. Er selbst hat positiven Wassermann, seine Ehefrau, die gleichfalls positiven Wassermann, sonst aber keinerlei subjektive oder



objektive Krankheitserscheinungen bietet, hatte vor ihrer Verheiratung einen Bräutigam, von dem sie seinerzeit syphilitisch infiziert wurde. (Sekundärerscheinungen im Halse.) Ihrer Ehe entstammen zunächst zwei gesunde Kinder (von mir untersucht); es folgten dann zwei Frühgeburten im 7. und 8. Schwangerschaftsmonat und schließlich ein jetzt 10jähriger Knabe mit positivem Wassermann und typischer infantiler progressiver Paralyse (verzogene, ungleiche, lichtstarre Pupillen, Schwäche des linken Fazialis, typische Sprachstörung, sehr lebhafte Patellar- und differente Achillesreflexe, Hypalgesie am ganzen Körper, Hutchinsonsche Zähne. In tragischer Weise war demnach die Wassermann-positive, aber sonst gesund gebliebene Mutter die Krankheitsvermittlerin zwischen dem syphilitischen Bräutigam einerseits und dem paralytischen Gatten und Sohne ihrer Ehe andererseits).

Orloff's (73) Pat. war 2—3 Monate nach der Geburt vorübergehend vollständig gelähmt. Bis zum 11. Jahre entwickelte er sich normal. Vom 12. Jahre an allmähliche Abnahme der Intelligenz bis zur Demenz. Nach $1^1/_2$—2 Jahren apoplektiformer Insult, Silbenstolpern, Anisokorie, Koordinationsstörungen usw. Sektion: Leptomeningitis chronica diffusa, Hydrocephalus ext. et internus, Atrophia corticis, Endarteriitis obliterans, Schwund der Nervenzellen und Nervenfasern, Gliawucherung, Stäbchenzellen, Purkinjesche Zellen mit 2 Kernen, Gefäßneubildung. (*Kron.*)

Scheidemandel (93) behandelt Ätiologie, Vorkommen, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf und Therapie der juvenilen Paralyse.

Klieneberger (43): Die juvenile Paralyse bietet in ätiologischer, klinischer und anatomischer Hinsicht Besonderheiten dar, die ihr in der Gruppe der progressiven Paralyse eine Sonderstellung einräumen. Man versteht heute unter juveniler Paralyse nur noch die auf dem Boden der hereditären Lues erwachsene Paralyse und scheidet von ihr als Frühform der progressiven Paralyse die im jugendlichen Alter ausbrechenden Paralysen ab, denen eine eigene Infektion vorausgegangen ist. Es gibt Früh- und Spätformen der juvenilen Paralyse. Klinisch bemerkenswert ist der langsame Verlauf, die ganz allmählich einsetzende und langsam fortschreitende Charakteränderung, das Fehlen von subjektiven Beschwerden. Im Beginn der Erkrankung kommt es meist zu einem Stillstand der Entwicklung des körperlichen Habitus, dabei können die geistigen Fähigkeiten noch jahrelang durchaus befriedigen. Die körperlichen Störungen dominieren, so Reflexveränderungen, Lähmungen, paralytische Anfälle, die Sprach- und Schriftstörung usw. Positiver Wassermann in Blut und Liquor, Zell- und Eiweißvermehrung im Liquor sind stets nachzuweisen. Die psychischen Störungen führen langsam zu einer einfachen chronischen Demenz, die jahrelang ohne Progression bestehen bleiben kann. Manische Zustände, katatone Bilder, furibunde Erregungen sind nicht beobachtet worden. Das männliche und weibliche Geschlecht ist gleich beteiligt.

Allmählich kommt es zu tiefster Verblödung, gegen Ende zu Spasmen, Kontrakturen, Atrophien . . . Der Exitus erfolgt meist durch oft unvermeidliche Dekubitalgeschwüre, Schluckpneumonien, septische Erkrankungen.

Die pathologische Anatomie zeigt die gleichen Veränderungen wie bei der progressiven Paralyse der Erwachsenen. Was die juvenile Paralyse anatomisch von dieser scheidet, ist das häufige, wie es scheint, regelmäßige Vorkommen von Entwicklungsstörungen.

Differentialdiagnostisch kommen in erster Linie die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns in Frage. Der charakteristische schleichende Beginn ist zur Unterscheidung von Bedeutung, ebenso der Befund der serologischen Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit. Verf. bespricht dann



auch die differentialdiagnostischen Merkmale gegenüber der multiplen Sklerose, den Hirntumoren, der Friedreichschen hereditären Ataxie und der familiären amaurotischen Idiotie.

Gelegenheitsursachen wie Alkoholismus, Überanstrengung, Trauma spielen bei der juvenilen Paralyse keine Rolle.

Rosenfeld (87): Juvenile Paralyse vor dem 20. Lebensjahre kann entweder durch meist extragenitale Infektion nach der Geburt im frühesten Kindesalter erworben werden, oder das syphilitische Virus hat schon während des intrauterinen Lebens eingewirkt und den Organismus schon in seiner Entwicklung geschädigt. Die hereditäre Paralyse ist aber auch später, noch im 50. Lebensjahre beobachtet worden. Auch für die juvenilen hereditären Formen gilt der Satz: ohne Syphilis keine Paralyse.

Im zweiten Dezennium an Paralyse erkrankende Individuen zeigen nicht selten Stigmata an der Zunge und den Zähnen, zurückgebliebene Körperentwicklung, Hemmung der intellektuellen Entwicklung.

Im Krankheitsverlaufe gibt es Unterschiede von der Paralyse der Erwachsenen. Mädchen und Knaben erkranken gleich häufig. Die Erkrankung ist am häufigsten in den Pubertätsjahren. Sie verläuft als einfache Demenz, der Verlauf ist protahierter. Besonders oft sieht man Krampfanfälle mit Bewußtseinstrübungen, ebenso epileptische Anfälle, apoplektiforme Insulte. spastische Erscheinungen . . . Das Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit ist dasselbe wie bei Erwachsenen.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten können gegenüber gewissen Formen der hereditären Syphilis des Zentralnervensystems auftreten, bei denen eine Entwicklungshemmung eine besondere Rolle spielt. Die Sonderstellung der echten hereditären juvenilen Paralyse beruht darauf, daß neben den gewöhnlichen paralytischen Rindenveränderungen auch echte Entwicklungshemmungen bestehen, welche sich klinisch bemerkbar machen können. Schwierigkeiten bieten auch Fälle mit monosymptomatischer hereditärer Syphilis.

Wisotzki (114) veröffentlicht folgende 3 Fälle:

1. Fall von Paralyse bei einem 17jährigen Mädchen. Beginn vor 2 Jahren. Zyto- und Serodiagnostik ergeben stark positiven Befund. Hysteriforme Anfälle. Mutter litt an Lues cerebri, Vater Potator und Paralytiker. In ca. 63,1 % aller beschriebenen Fälle von juveniler Paralyse war Lues sicher nachweisbar.

2. Fall von juveniler Tabes: 12jähriger Knabe. Vater leidet an „Knochenreißen", Mutter an Schwindel und Kopfschmerz, eine Schwester an zerebraler Kinderlähmung. Lues des Vaters zweifelhaft. Patient hatte als kleines Kind einen Ausschlag, mit 2 Jahren eine Wunde am Penis.

3. Fall von juveniler Paralyse. Mutter wahrscheinlich syphilitisch infiziert. Wassermann im Blut und Liquor des Patienten, Nonne, Lymphozytose.

Courbon und **Nougaret** (18) zeigen uns bei einem 8jährigen Kinde, das keinerlei Anzeichen für Lues und Tuberkulose bot, während einer sich über 1½ Jahre ausdehnenden Meningitis Symptome der progressiven Paralyse: Gedächtnisstörung, Verlust der intellektuellen Regsamkeit usw. Wassermann war negativ. Eine mikroskopische Untersuchung wurde nicht ausgeführt, makroskopisch fand sich eine Verdickung der Pia. (*Cordes.*)

Naville (68) berichtet nach einleitender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und genauer Festlegung der Symptome der juvenilen Paralyse über 2 Fälle von solcher. Am 1. handelt es sich um ein kleines Mädchen, das im Alter von 7½ Jahren die ersten Anfänge der beginnenden Paralyse zeigte, der es mit 13½ Jahren erlag. Der Fall ist eingehend be-



schrieben. Die Diagnose wird durch somatische, serologische sowie Ergebnisse der Autopsie gestützt. Der 2. Fall betrifft einen Jungen von 16½ Jahren, der an Paralyse litt und nach 13 Monaten dieser Krankheit erlag. Auch dieser Fall bietet manches Interessante. (*Cordes.*)

d) Pathologische Anatomie.

Meyer (61) teilt folgenden Fall mit: Klinisch: progressive Paralyse kombiniert mit spinalen Erscheinungen syphilitischer Natur. Gegen Lues cerebrospinalis sprach das starke Fortschreiten der Demenz. Anatomisch: Im Gehirn typisch paralytischer Befund, im Rückenmark Veränderungen denen im Gehirn entsprechend, nicht das gewohnte Bild der Lues cerebrospinalis. Andererseits liegen einwandfreie Untersuchungen vor, daß im wesentlichen gleiche spinale Befunde ohne Paralyse als Unterlage für schwere Krankheitsbilder vorkommen in Fällen, bei denen auch in der Syphilis die Ursache zu suchen ist.

Verf. zeigt die prinzipielle Bedeutung des Falles für die Differentialdiagnose zwischen Lues cerebrospinalis und Paralyse. Erstere hat vorwiegend meningitische und arteriitische Lokalisation und greift erst sekundär auf das Nervensystem über, so daß adventitielle Gefäßinfiltrate in der Substanz des Nervensystems, die unabhängig von der Meningitis sind, gegen einen einfach syphilitischen Prozeß sprechen. Im vorliegenden Falle waren aber in der Rückenmarksubstanz solche von der Meningitis unabhängige adventitielle Infiltrate von Lymphozyten und Plasmazellen an den Gefäßen verschiedenen Kalibers vorhanden, vorwiegend in einer breiten Randzone des Rückenmarks, die man mit der Hirnrinde vergleichen möchte.

Sträußler (101) fügt seinen früheren 4 Fällen von Kombination zerebraler tertiärer gummöser Lues mit progressiver Paralyse zwei neue Fälle hinzu: in dem einen lag eine luetische Kovexitätsmeningitis bei einer juvenilen Paralyse vor, in dem anderen handelt es sich um miliare Gummen in der Hirnsubstanz nebst alter und einer frischen Erweichung, letzterer im linken Linsenkern. Verf. berichtet des weiteren über drei weitere Fälle aus seinem Paralytikermaterial, bei welchen die Kombination von Paralyse mit Erweichungen stattfand.

Die Zusammenstellung und Mitteilung dieser Beobachtungen soll erweisen, daß Enzephalomalazien bei progressiver Paralyse in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht eine solche Rolle spielen, daß sie der Berücksichtigung wert sind. Sie scheinen nicht viel seltener als die Pachymeningitis haemorrhagica vorzukommen, deren Schilderung insbesondere in der einschlägigen älteren Literatur einen ziemlich großen Raum einnimmt.

In drei Fällen konnte Verf. die direkten Beziehungen des Erweichungsprozesses zu einer luetischen Erkrankung des Gefäßsystems verfolgen; es liegt nahe, auch in anderen derartigen Beobachtungen der überstandenen Lues einen Einfluß auf die Entwicklung der zuletzt zur Enzephalomalazie führenden Erkrankung des Gefäßsystems einzuräumen.

Gegenüber den in der Literatur veröffentlichten Beobachtungen von Erweichungen bei Paralyse aus älterer Zeit, wo der Begriff der Krankheit histologisch keineswegs noch geklärt war, legt Verf. eine besondere Bedeutung dem Umstande bei, daß die von ihm verwerteten 170 Fälle histologisch untersucht und in unzweifelhafter Weise als Paralysen deklariert sind.

Für die Genese von stationären Herderscheinungen bei progressiver Paralyse kommen den Befunden des Verf. zufolge neben den herdförmigen Atrophien der „Lissauerschen Paralyse" und der Pachymeningitis haemorrhagica auch spezifisch-luetische Prozesse und Enzephalomalazien in Betracht.



Mignot und **Marchand** (63): Es handelt sich um einen Mann, der mit 21 Jahren Lues akquiriert hatte. Mit 48 Jahren neurasthenische Symptome. Ein Jahr später Schwindelanfälle und epileptiforme Anfälle, weswegen eine antiluetische Behandlung eingeleitet wird. Ein Jahr später bietet Patient das typische Bild der Paralyse. Einige Wochen nach der Aufnahme in eine Anstalt traten wiederum epileptiforme Anfälle und im Anschluß daran eine linksseitige Hemiparese, vorübergehende Dysphagie und Dyslalie auf. Einige Tage schwebte Patient in Lebensgefahr, erholte sich dann aber wieder, blieb jedoch aphatisch. Außerdem wurde er aufgeregt, reizbar und jähzornig. Diese Anfälle kehrten in derselben Weise wieder, um ebenso schnell wieder zu verschwinden. 2 Tage nach dem letzten Anfall litt Patient an Atembeklemmungen, die auf Innervationsstörungen des Pharynx und Larynx zu beruhen schienen, und kam bald darauf ad exitum.

Bei der Sektion fanden die Verff. eine amyloide Infiltration, die auf das Gehirn beschränkt war. Dieselbe hatte sich auf dem Boden einer bestehenden diffusen subakuten Meningoenzephalitis entwickelt. Die Infiltration beginnt mit den Gefäßen und nimmt dann die ganze Rinde ein. Die Nervenzellen und Myelinfasern atrophieren rasch, selbst in denjenigen Gebieten, in denen die amyloide Degeneration erst in der Entwicklung begriffen ist. Um die zerstörten Partien herum bietet das Neurogliagewebe keine anderen Erscheinungen dar. Die Degeneration beschränkt sich auf die graue Rindensubstanz, während die weiße Substanz verschont bleibt. Die Degeneration hat zu einer erheblichen Gewichtszunahme der davon betroffenen Gehirnhemisphäre geführt. Klinisch scheint sich der amyloide Degenerationsprozeß in keiner Weise bemerkbar gemacht und auf den Verlauf der Paralyse keinen Einfluß gehabt zu haben.

Von **Ansalone** (2) angewandte Methoden: Donaggio, Cajal, Nissl, Unna, Pappenheim.

Schlußfolgerungen:

Geringe Läsionen der Neurofibrillen.

Seltenheit der Agglutination derselben.

Nicht bedeutende sekundäre Veränderungen der Neurofibrillen.

Zwischen den Läsionen der chromatischen Substanz und der Neurofibrillen besteht kein Parallelismus.

Häufiger Veränderungen der kurzen als der langen Neurofibrillen.

(*Audenino.*)

In der Einleitung geben **Carbone** und **Pighini** (14) der Hoffnung Ausdruck, daß die Untersuchung der elementaren chemischen Zusammensetzung der Gewebe selbst in hervorragendem Maße dazu beitragen müsse, Aufklärung über Veränderungen, die Organe durch pathogene Einwirkung erleiden, sowie hinsichtlich des Krankheitsprozesses zu bringen.

Nach Darlegung der zu diesem Zwecke üblichen Methoden von Koch und Fränkel kommen die Verff. zum Resultate ihrer eigenen Untersuchung, das wesentlich durch das von Fränkel geschaffene Verfahren gewonnen wurde.

Zur Untersuchung gelangten die Gehirne von 5 Fällen progressiver Paralyse im Vergleich mit dem Gehirn eines Dem. praec.-Kranken und eines normalen Individuums.

Das bei den Untersuchungen gewonnene Resultat ergibt im großen und ganzen eine überraschende Homogenität.

Die Trockensubstanz des Gehirns, die im Normalen 23 % der Gesamtmasse beträgt, ergab in den untersuchten Fällen 17, 22, 19, 15,42, 21,03 %. Auch die Unterschiede in den Prozentsätzen der Azeton- und Petroläther-



extrakte bei der gesamten Trockensubstanz ergeben augenfällige Unterschiede gegenüber den normalen Werten. Bei ersteren ist der Prozentsatz dem normalen Werte gegenüber erhöht, bei letzterem wesentlich vermindert. So finden sich beim Gesamtazetonextrakt gegenüber dem Normalwerte, der 20 % beträgt, Werte wie 28,7, 30,48, 22,87, 24,60, 31,32 %. Bei dem Petrolätherextrakt solche von 14,28, 12,33, 23,14, 13,93, 11,23 % gegenüber einem Normalwerte von 27,84 %. Auch Cholesterin und andere Phosphatide im Azetonextrakt ergeben wesentliche Unterschiede.

Verff. glauben, aus der Verschiedenwertigkeit der einzelnen Gehirne folgern zu sollen, daß die Gehirne verschieden reagieren, je nach individueller Widerstandskraft, sowie nach Intensität und Dauer des Krankheitsprozesses und endlich der Krankheitsursache, je nachdem dieselbe toxisch oder infektiös ist.

Als abweichendes Resultat von anderen Forschungen fand sich bei drei Gehirnen im ersten Azetonextrakt eine Substanz, die die Verff. zunächst mit X bezeichnen, und die ihrer Meinung nach vielleicht ein regressives Produkt irgendeines Schwefelphosphatits repräsentiert, das vielleicht das Produkt einer regressiven Umwandlung darstellt, die ihrerseits weiteren Umwandlungen unterworfen ist.

Als wesentlich ist die fast doppelt so große Werte wie beim Normalen erreichende Cholesterinvermehrung zu notieren, die auch früher schon von anderen Autoren betont wurde.

Auch eine Erhöhung des Wasserprozentgehaltes gegenüber den festen Stoffen muß hervorgehoben werden. (*Cordes.*)

e) Symptomatologie.

Peters (75) gibt eine detaillierte Darstellung der Gedächtnisleistungen und der Gedächtnisfehler bei Paralytikern mittels der Zahlenreproduktionsmethode von Peters-Vieregge.

Mapother (55) berichtet über mehrere Fälle von motorischer oder sensorischer Aphasie bei progressiver Paralyse.

Butenko (12) kommt in seiner Arbeit zu folgenden Schlüssen: Die gesteigerte reflektorische Erregbarkeit verbreitet sich vom Gesicht nach den oberen und schließlich unteren Extremitäten. Das Fehlen der Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten ist sehr selten. Der Infraspinatusreflex ist gesteigert. An den unteren Extremitäten sind die Reflexe in einigen Fällen bereits bei Beginn der Erkrankung herabgesetzt, werden dann in der Periode der Entwicklung der Krankheit lebhafter, um schließlich zu verschwinden. Die Reflexe an den oberen Extremitäten sind konstanter. Das ungleiche Verhalten der Reflexe an den oberen und unteren Extremitäten kommt bei anderen Psychosen nur sehr selten vor und kann eventuell für die Diagnose verwertet werden. (*Kron.*)

Zweig (115) gibt uns eine sehr übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der Initialsymptome der Paralyse, die nichts wesentlich Neues bietet. (*Cordes.*)

Mabille (54) rät, von der Tatsache ausgehend, daß gerade bei der Paralyse ein oft ganz unvermittelter Stimmungswechsel von übermäßiger Lustigkeit und Gehobenheit ins Gegenteil eintritt, zu einer besonders aufmerksamen Beobachtung dieser Kranken, um vor unerwarteten Selbstmorden gesichert zu sein. (*Cordes.*)

Clark (16) untersucht 110 ihm zur Verfügung stehende Fälle von Paralyse im Hinblick auf die von Kräpelin geschaffene Einteilung der Paralyse in die demente, expansive, agitatorische und depressive Form. Von

84*



den 110 Fällen läßt er 14 unklassifiziert. Die für die übrigen gefundenen Zahlen ergeben für die demente Form 64, also 66%, während Kräpelin für die gleiche Form 40% angibt; 26% für die expansive, Kräpelin zählt 15—16%; 2% für die agitatorische und endlich 5% für die depressive Form, während Kräpelin für erstere 11, für letztere 25% feststellt. Als Durchschnittslebensalter der Fälle wurde das 42. Jahr konstatiert. Im Hinblick auf vorhergehende Syphilis waren die Nachforschungen unbefriedigend, nur 27 der untersuchten Fälle wiesen darüber positive Nachrichten auf. Remissionen wurden in 18% der Fälle, und zwar in der bei weit größten Überzahl bei der agitatorischen und depressiven Form konstatiert.

Im ganzen, meint Verf., könne für solch prozentuale Angaben keine besondere Zuverlässigkeit beansprucht werden, da die Anamnese nicht immer zuverlässig sei, doch glaubt er mit Sicherheit behaupten zu können, daß die demente Form im Verhältnis zahlreicher, die depressive weniger zahlreich sei als bei den von Kräpelin untersuchten Fällen. (*Cordes.*)

Meyer (62) teilt einen Fall von typischer progressiver Paralyse mit. Gleichzeitig bestand eine komplette nukleäre Ophthalmoplegie mit Sehnervenatrophie. Die Autopsie ergab neben den typischen Hirnveränderungen eine deutlich ausgesprochene Atrophie des Okulomotorius.

Patschke's (74) Beobachtung betraf einen Fall von Paralyse, der sich dadurch auszeichnete, daß die Schmerzen für relativ kurze Zeit und in sehr heftiger Weise unter hohem Fieber auftraten, ohne motorische Reizerscheinungen, gleichsam als Äquivalent für einen paralytischen Anfall.

Am 10. Tage nach der Aufnahme in die Klinik fing die Patientin plötzlich an, laut zu schreien und über äußerst heftige Schmerzen zu klagen, zunächst im linken Knöchel, etwas später im ganzen linken Bein, dann im linken Ellenbogen. Noch später traten auch Schmerzen in der rechten Knöchelgegend auf. Die Temperatur stieg plötzlich auf über 40°. Keine Zuckungen. Nicht benommen. Die Sensibilitätsprüfung ergab: von der Mitte des linken Oberschenkels nach unten zunehmende Hypalgesie. An der Wade konnte eine Hautfalte durchstochen werden, ohne daß die Patientin es merkte. Die taktile Empfindung war bei der Unruhe der Patientin nicht sicher zu prüfen. Es bestand keine Ataxie, kein Babinski. Die Schmerzen waren so heftig, daß die Kranke in die höchste Unruhe geriet und ständig laut schrie; wiederholte Morphiuminjektionen blieben ohne wesentlichen Erfolg. Erst nach 5 bis 6 Stunden klangen die Schmerzen allmählich vollkommen ab. Die Temperatur wurde normal. Die Sensibilitätsprüfung ergab noch Herabsetzung der Schmerzempfindung am linken Bein, es bestand Nachempfinden. Die Punktion ergab klaren Liquor: Nonne I +, Lymphozytose +. 3 Tage später nur noch geringe Sensibilitätsstörung in dem vorhin beschriebenen Sinne. Es trat später wieder hin und wieder Erbrechen ein.

Wenn auch eine anatomische Kontrolle des Falles nicht möglich war, so dürfte doch hinsichtlich der Ursache der Schmerzen an einer zentral bedingten Störung nicht zu zweifeln sein; ein peripheres Moment war in keiner Weise nachweisbar.

Der Fall **Krabbe**'s (44) zeigt einen Paralytiker, bei welchem die erste Manifestation der Krankheit ein paralytischer Anfall gewesen ist; danach hat sich eine zunehmende Stumpfheit und Gedächtnisschwäche entwickelt; plötzlich waren ausgesprochene Größenideen aufgetreten; diese haben durch längere Zeit angedauert, während der Patient in immer tiefere Demenz versank.

Eine Eigentümlichkeit bei dem Falle ist es, daß die Wassermannsche Reaktion des Blutes bei der ersten Untersuchung, als die Krankheit schon



entwickelt war, negativ ausfiel, bei der zweiten Untersuchung 1/2 Jahr später nur sehr schwach positiv; bei Dementia paralytica ist bekanntlich die Wassermannsche Reaktion des Blutes beinahe immer positiv; es soll hier nur bemerkt werden, daß auch nach zwei veröffentlichten Untersuchungsreihen, größtenteils aus demselben Hospital und an demselben Laboratorium (Statens Seruminstitut) die Wassermannsche Reaktion des Blutes positiv in bzw. 100% und 98,7% von den Fällen von Dementia paralytica war.

Was indessen bei diesem Falle speziell interessiert, ist der halbseitige Tremor der rechten Seite.

Sein akutes Entstehen nach dem ersten paralytischen Anfalle und seine Fortdauer über eine Zeit, in der die anderen paralytischen Symptome zurückgegangen waren, deutet teils auf seinen Zusammenhang mit der Hauptkrankheit, teils darauf, daß die Läsion, welche den Tremor hervorgerufen hat, von einer mehr tiefgehenden Natur war oder ein mehr empfindliches Organ getroffen hatte. Der Charakter des Tremors hat sich etwas während des Verlaufes der Krankheit verändert. Anfangs war es nach den (vielleicht doch etwas unsicheren) Angaben des Patienten ein reiner Intentionstremor, welcher sich nicht fand, wenn die Hand ruhte. Bei der Untersuchung im Krankenhause, fünf Monate danach, war es ein ausgesprochener Tremor in Ruhe, aber er wurde durch Bewegung, oder wenn die Hand keine Unterstützung hatte, verstärkt, bisweilen war aber die intentionelle Verstärkung sehr wenig hervortretend. Drei Vierteljahre danach war es ein Tremor, der in der Ruhe andauernd bestand, aber durch Intention verstärkt wurde. Wieder nach 1 1/2 Jahr wurde stets Tremor in Ruhe bemerkt, aber jetzt war er kaum durch Intention verstärkt.

Was die Regelmäßigkeit anbelangt, war der Tremor anfangs sowohl sehr unregelmäßig als auch sehr arhythmisch; aber im Verlaufe der Zeit nahm er einen mehr rhythmischen Charakter an. Bei der Untersuchung, 1/2 Jahr ehe der Patient starb, wurde notiert, daß der Tremor „beinahe" rhythmisch wäre.

In bezug auf die Verteilung über die Muskelgruppen schien diese auch anfangs mehr springend zu sein, um später bestimmte Gruppen zu erwählen und dadurch dem Tremor den monotonen Paralysis agitansartigen Charakter zu geben, welcher unter anderem in der Hand sich als stetiges „Pillendrehen" zeigte.

Die Anzahl der Schüttelbewegungen war in unserem Falle ca. 200 in der Minute = 3—4 Bewegungen in der Sekunde. Zur Vergleichung mag angeführt werden, daß Kollarits bei seinen Untersuchungen über die Schwingungszahl bei den verschiedenen Tremorformen anführt, daß diese in den Fingern 8—12 in der Sekunde bei Dementia paralytica beträgt, 5—7 bei Paralysis agitans; im oben erwähnten Falle war sie also noch langsamer.

Endlich muß bemerkt werden, daß der Tremor sich stets halbseitig in der rechten Seite hielt, und daß er sich zuletzt auf die obere Extremität beschränkte. Nur vorübergehend wurde Tremor des Kiefers bemerkt.

Der Tremor zeigt sich sowohl nach seinem Charakter als auch seinem Verlauf in Übereinstimmung mit der Pseudo-Paralysis agitans posthemiplegica, welche man bei gewissen Hemiplegien findet (Herd im Thalamus oder in den Hirnschenkeln).

Aus **Schrottenbach**'s (96) Untersuchungen geht hervor:

1. daß bei jedem von ihm untersuchten paralytischen Anfall und paralytischen Delir Leukozytose des Blutes auftritt;

2. daß die apoplektiformen Anfälle stets höhere Leukozytenwerte ergeben als die epileptiformen, und diese wieder höhere Werte als rasch



vorübergehende und nicht zu furibund auftretende paralytische Delirien. Akut auftretende, exzessiv verlaufende und protrahierte Delirien stellen sich jedoch in ihren Leukozytenwerten den epileptiformen Anfällen zur Seite;

3. daß in den meisten Fällen die Schwankungen der Leukozytose parallel mit den Exazerbationen oder Remissionen des Symptomenbildes verlaufen.

Aus allem ergibt sich als Schlußfolgerung folgendes:

Das gesetzmäßige Auftreten der Leukozytose sowie der gesetzmäßige Verlauf derselben im paralytischen Anfall und Delirium bestätigt die Annahme einer toxischen oder infektiösen Ursache (sei sie endogenen oder exogenen Charakters) als ätiologisches Moment für diese Erkrankungszustände. Die jeweilig wirksame toxisch infektiöse Noxe ruft einerseits den vitalen Schutzreflex des Organismus in Form der Hyperleukozytose hervor, andrerseits verursacht und modifiziert sie nach der Intensität ihrer Einwirkung die jeweilig auftretenden Reiz- oder Ausfallserscheinungen im Zentralnervensystem.

Deák und **Benedek** (23) haben den Einfluß von intraperitonealen Seruminjektionen von Paralytikern, Dementia-praecoxkranken und Nervengesunden bei Kaninchen vom pathologisch-anatomischen und serologischen Standpunkte untersucht und folgende Resultate erhalten: Anwendung von Paralytikerserum hat stets in allen Fällen eine Gewichtsverminderung der Experimentaltiere von 200—500 Gramm hervorgerufen. In zwei Fällen hat das Serum von Praecoxkranken schwere Nephritis verursacht, das Paralytikerserum nie. Keratitis, Pneumonie wurde nie gefunden. Die hämolytische Wirkung von gegen Sera immunisierten Kaninchensera wird stets durch Immunhämolysine verursacht. Die als Antigene dienenden Stromarezeptoren befinden sich im Paralytikerserum bloß in geringer Zahl oder molekular verändert, wohingegen das Blutserum der Präcoxkranken reich an Hämolysinantigenen ist. Agglutinine, Präzipitine, Eiweiß-Antikörper, Lipoide, Antiisolysine verursachen nicht die genannten Unterschiede in der hämolytischen Wirkung. Kolloide Kieselsäure kann in vitro die Immunhämolysinwirkung bis zu einem gewissen Grade substituieren. Gegenüber dem Sublimat, als Blutgift, zeigen die roten Blutkörper der mit Paralytikerserum behandelten Kaninchen eine verminderte Resistenz, bei Impfungen mit Präcoxserum jedoch eine erhöhte Resistenz. Injektionen von Lezithin und Quecksilberchlorid beeinflussen die hämolytische Wirkung der Immunsera nach keiner Richtung. (*Hudovernig.*)

Veres und **Szabó** (108) haben den diagnostischen Wert der Karvonenschen Reaktion bei syphilitischen Individuen, bei metaluetisch Nervenkranken (und deren Ehegatten und Nachkommen) und bei nicht luetisch Nervenkranken untersucht, und zwar stets im Vergleiche mit der Wassermannschen Reaktion. Ergebnisse: Im allgemeinen gibt die Karvonensche Reaktion übereinstimmende Resultate mit der Wassermannschen Reaktion. Bei primärer Syphilis erscheint Karvonen früher als Wassermann. Bei sekundärer und tertiärer Syphilis geben beide Reaktionen in der Mehrzahl der Fälle positives Resultat. Bei latenter Syphilis ist Karvonen häufiger positiv als Wassermann. Bei heilender Syphilis ist Karvonen auch dann noch positiv, wenn Wassermann bereits negativ geworden ist. — Bei wirklicher Syphilis des Nervensystems, Lues cerebrospinalis, ist Karvonen ebenso häufig positiv, als Wassermann. Bei Paralytikerserum ist Wassermann fast immer positiv, demgegenüber Karvonen in fast $^1/_5$ der Fälle negativ. Ähnlich verhalten sich die Reaktionen im Liquor der Paralyse. Bei der Tabes kommen positive und negative Karvonensche Reaktionen vor. Gatten und



Nachkommen von Paralytikern geben ein ähnliches Resultat, wie die Fälle latenter Syphilis: nämlich Karvonen ist häufiger positiv als Wassermann. Bei nie luetisch infizierten Personen ist Karvonen immer negativ. — Ein Vorteil der Karvonenschen Reaktion ist, daß sie mit natürlichem Ambozepter vorgenommen wird und Thermostat überflüssig ist; ihr Nachteil ist, daß frisches Pferdeserum erforderlich ist, was kostspielig oder umständlich ist. Nachteil von Karvonen ist, daß die Resultate oft zweifelhaft sind, und autotrope Fälle häufiger sind wie bei Wassermann (ca. in 5% der Fälle). Deshalb ist Karvonen für die allgemeine Praxis weniger geeignet, doch ist ihre Vornahme in Laboratorien, und zwar parallel mit Wassermann angezeigt. Besonderen Wert hat Karvonen in der Feststellung der geheilten Lues, weil Karvonen da empfindlicher ist als Wassermann. Nachdem Wassermann bei der progressiven Paralyse häufiger ist als Karvonen, Karvonen jedoch bei der Syphilis häufiger ist, bleibt die Frage offen, ob die Reaktionen bei diesen zwei Krankheiten nicht durch chemisch verschiedene Körper verursacht werden. (*Hudovernig.*)

Hudovernig (36) hat bei parallelen Untersuchungen des Blutes und Liquor cerebrospinalis den bisherigen Reaktionen im Liquor noch die Reaktion mit verschieden diluierter Sulfosalizylsäure hinzugefügt; über die Untersuchungsergebnisse will Vortragender an anderer Stelle berichten, sobald er über ein Material von 200 Liquoruntersuchungen verfügt. Über die Reaktionen bei der progressiven Paralyse bemerkt Vortragender bloß, daß neben den bekannten Reaktionen auch die Sulfosalizylsäure charakteristische Befunde gibt: mit 5%iger Lösung trübt sich meist nur der paralytische Liquor, mit dünnerer Lösung nur der paralytische (Details s. Z.). Heute will Vortragender bloß zwei Kranke demonstrieren (beides junge Mädchen), welche auf Grundlage von kongenitaler Lues entstandene Imbezillität aufweisen, ohne jede Erscheinung von progressiver Paralyse, und dennoch das typische Bild des paralytischen Liquors bieten, ohne daß die Fälle als Paralyse angesprochen werden dürften.

In der Diskussion bemerkt M. Goldberger, daß der Liquorbefund bei Paralyse sehr wertvolle Fingerzeige geben kann, daß aber derselbe zur Stellung der Diagnose nicht berechtigt. Wenn bei positivem Liquorbefund das klinische Bild nicht der Paralyse entspricht, darf progressive Paralyse nicht angenommen werden, und umgekehrt, bei positivem klinischem Bild kann der negative Liquorbefund die Diagnose nicht umstoßen. — Hudovernig (Schlußwort) unterschreibt die Bemerkungen Goldbergers vollkommen, denn er hat ja in seinem Vortrage auch nichts anderes gesagt, als daß in Fällen von Imbezillität auf hereditär luetischer Basis er solche Liquorbefunde bekam, welche sonst bloß bei ausgesprochener Paralyse nachweisbar sind. (*Hudovernig.*)

Sagel (89) berichtet über einen pathologisch-anatomisch und serologisch untersuchten Fall von progressiver Paralyse.

Interessant ist der Fall einmal deshalb, weil er von einer 73¾ jährigen Person stammt, also eine der ältesten bisher einwandfrei sichergestellten Erkrankungen an progressiver Paralyse ist, dann wegen seines klinischen Verlaufes, der mit dem im Greisenalter beginnenden allgemeinen Rückgange der psychischen Leistungen, der sich rasch zum ausgesprochenen affektlosen Blödsinn steigert, beim Fehlen von Anfällen und sinnfälligen körperlichen Störungen außer den Sprach- und Pupillenanomalien und mit der besonders nächtlichen Unruhe recht sehr an die Dementia senilis erinnert.

Die beobachteten Störungen von seiten des Nervensystems, wie Pupillenstarre und Sprachstörungen, konnten ungezwungen mit arteriosklerotischen Ver-



änderungen in Verbindung gebracht werden, zumal auch eine starke Arteriosklerose der Radiales nachgewiesen war.

Die Vornahme der „4 Reaktionen" intra vitam hätte jedenfalls einen Fingerzeig für das wahre Wesen der Erkrankung gegeben; die Wassermannsche Reaktion wurde nur im Leichenserum geprüft und fiel hier stark positiv aus.

Kaplan (41) betont, daß bei Sera, die eine starke Hemmung zeigen, der frühzeitige Beginn dieser charakteristischer für das Resultat ist als das Endresultat. Wenn die Kontrollen schon gelöst sind, findet man bei solchen Proben eine 4 – 6 mm breite ungefärbte durchsichtige Zone an der Oberfläche der Flüssigkeit. Bei progressiver Paralyse zeigt sich diese Erscheinung oft nach 15 Minuten. Auch nach 24 Stunden zeigen diese Sera nicht die geringste Hämolyse.

Aus einigen Fällen von Tabes mit den gleichen Erscheinungen entwickelten sich später Fälle von Tabesparalysen. Ein weiteres Charakteristikum der Paralyse ist die Unbeeinflußbarkeit der Wassermannschen Reaktion durch antisyphilitische Behandlung. Verf. glaubt indes, ein Fehlen des Wassermanns, da einige wenige Fälle von Paralyse in beiden Stadien negativ waren, nicht gegen die Diagnose Paralyse verwerten zu sollen, läßt aber nicht erkennen, worauf er seine Diagnose in diesen Fällen stützt. Lues cerebrospinalis ergab nur eine unbedeutende Globulinvermehrung, häufiger und stärker war sie bei progressiver Paralyse, wo sie auch durch Behandlung unbeeinflußt blieb. Die spezifische Behandlung zeigt einen Einfluß auf die Pleozytose bei Lues cerebrospinalis, nicht bei Paralyse, d. h. höchstens in ganz geringem Umfang. Bei ersterer steigt dieselbe wieder nach Aussetzen der Behandlung.

Besonders hohe Zellwerte bis zu 1400 zeigen unbehandelte Fälle von Lues cerebrospinalis.

Wichtig für all diese Reaktionen ist die Kenntnis, ob eine spezifische Behandlung durchgemacht wurde oder nicht.

Charakteristisch für spinale Tumoren ist eine starke Globulinvermehrung, die fehlende Pleozytose, eine gelegentliche Gelbfärbung des Liquors und die fehlende Reaktion der Fehlingschen Lösung. (*Cordes.*)

An der Hand von Versuchen kommen **Eyman** und **O'Brien** (26) zu dem Resultate, daß neben Syphilis noch eine von derselben verschiedene venerische Erkrankung als ursächliches Moment für progressive Paralyse in Betracht komme. Bei den Versuchen fand Verf. bei 137 Paralytikern in Übereinstimmung mit anderen Autoren in 71% der Fälle positiven Wassermann im Blutserum, bei 76% im Liquor cerebrospinalis. Eine Verschiedenartigkeit der Reaktion in puncto Intensität derselben in bezug zu einzelnen Abschnitten der Krankheit wurde nicht gefunden. In 66—84% der Untersuchung von Ehegatten und Kindern von Paralytikern bei Ersetzung des Extraktes aus syphilitischen Lebern durch eine Emulsion des Bac. paralyticans zeigte sich bei 90% der Paralytiker und bei 60% der nichtsyphilitischen Ehegatten positiver Wassermann. (*Cordes.*)

Riggs (85) berichtet über einige atypische Fälle von Tabes und Paralyse. Er bespricht die „4 Reaktionen" Nonnes und ihre diagnostische Bedeutung. Dieselben werden im Verein mit dem klinischen Bilde fast stets zur richtigen Diagnose führen.

Thabuis und **Barbé** (103) besprechen das physiko-chemische Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei Gesunden und bei Paralytikern in den verschiedenen Phasen der Krankheit. Näheres ist im Original nachzulesen.

Bisgaard (8): Findet sich in einer Zerebrospinalflüssigkeit eine beträchtliche Vermehrung des Eiweißes, so ist diese regelmäßig durch eine organische Krankheit des Zentralnervensystems verursacht. Bei Dementia paralytica wird die Hauptmenge des Eiweißes mit Ammoniumsulfat gefällt, bei allen übrigen organischen Krankheiten, die ich untersucht habe, darunter auch Lues cerebri, wird dagegen mit Ammoniumsulfat nur ein kleinerer Bruchteil des Eiweißes gefällt.

Bisgaard (9): Die Ammoniumsulfatreaktion in der Spinalflüssigkeit bei Paralytikern enthält einen gewissen Eiweißstoff, der die hemmende Substanz der Wassermann-Reaktion in sich schließt.

Klien (42) wendet sich gegen Bisgaard. Die beiden Annahmen Bisgaards, daß die Wassermann-Reaktion im Liquor der Paralytiker um so stärker ist, je stärker bei gleich starkem Gesamteiweißgehalt die Nonnesche Reaktion ausfällt, und daß sie um so schwächer ausfällt, je mehr der Liquor bei gleich starkem Globulingehalt Gesamtalbumen enthält, finden bei kritischerer Verwertung des von Bisgaard selbst mitgeteilten Materials keine Bestätigung. Nur so viel läßt sich aus diesem Material sagen, daß ganz im allgemeinen Liquores mit starker Wassermann-Reaktion auch am stärksten mit Phase I und mit Salpetersäure reagieren. Übrigens hat ein Vergleich des quantitativen Ausfalls der Wassermann-Reaktion insofern große Schwierigkeiten, als ja die Wirkung der einzelnen Extrakte keine ganz gleichmäßige ist und sogar manche Liquores mit dem einen, andere mit dem anderen besser reagieren. Ferner kann u. a. ein verschiedener Alkaleszenzgrad des Liquors möglicherweise die Stärke der Reaktion mit beeinflussen.

Arndt (3): In etwa 80% aller Fälle ist die Diagnose der progressiven Paralyse nicht schwer zu stellen, in den anderen ist sie oft nur unter Zuhilfenahme aller Merkmale möglich.

Verf. bespricht genau die Symptomatologie. Die charakteristische Sprachstörung kommt wesentlich nur bei der Paralyse vor, und zwar sehr früh, und wird nur selten vermißt. Die Feststellung einer dauernden echten Lichtstarre der Pupillen bei einem psychisch erkrankten Individuum spricht mit allergrößter Wahrscheinlichkeit für Paralyse, und zwar in 92% der Fälle. Verf. erörtert dann die Bedeutung der Differenz und Entrundung der Pupillen, der Augenmuskellähmungen, Miosis, Mydriasis, der springenden Pupillen, der Optikusatrophie, der Veränderung der Sehnenreflexe, des Tremors, der Hypalgesie usw. Neuerdings angegeben wurde die Butenkosche Reaktion mit dem eigenartigen Urinniederschlag bei Paralyse. Die große Wichtigkeit der Wassermann-Reaktion im Blut und Liquor cerebrospinalis sowie der Nonne-Apelt-Reaktionen ist allgemein anerkannt. Die Langesche kolloidale Goldreaktion ist noch nicht lange genug bekannt, als daß schon viele Nachprüfungen vorlägen. Die psychischen Krankheitserscheinungen bei Paralyse haben zu einer Einteilung in mehrere Verlaufsformen: eine demente, expansive und depressive Form Anlaß gegeben, deren Abgrenzung indessen ziemlich willkürlich ist, da viele Übergangsfälle vorkommen. Daneben gibt es deliröse, zirkuläre, katatonische, stupuröse, paranoide Zustandsbilder der Paralyse, die den Krankheitsbildern der entsprechenden Geisteskrankheiten durchaus ähnlich sind. Gerade bei diesen Formen bietet die Differentialdiagnose große Schwierigkeiten. Schwer ist oft die Abgrenzung der Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins von den entsprechend gefärbten Phasen der Paralyse, ebenso auch der verschiedenen Formen der Dementia praecox, der Korsakoffschen Psychose . . . Zu Verwechslungen können der Tumor cerebri, die multiple Sklerose, die Encephalopathia saturnina Anlaß geben, ebenso Intoxikationen nach chro-



nischem Morphium-, Brom-, Trionalgebrauch. Schwefelkohlenstoffintoxikationen, endlich die „Pseudoparalysen". Zu diesen gehören die arteriosklerotischen Pseudoparalysen und die syphilitische Pseudoparalyse. Zum Schluß bespricht Verf. die Differentialdiagnose der Paralyse gegenüber den bei der Tabes auftretenden Geistesstörungen. Eine Paralyse kann nur aus der Gesamtheit der psychischen und somatischen Symptome diagnostiziert werden.

Domansky (24): 1. Eine konstante Erhöhung der Oxyproteinsäurenausscheidung im Verhältnis zum Gesamtstickstoff läßt sich bei Paralytikern nicht feststellen.

2. Zwei Fälle von Taboparalyse haben zurzeit starken körperlichen Verfalls verhältnismäßig hohe Werte von Oxyproteinsäurenausscheidung im Verhältnis zum Gesamtstickstoff des Harnes ergeben.

Obregia, Parhon und **Urechia** (72) veröffentlichen folgende 4 Fälle:

1. 35jähriger Kranker. Will keine Syphilis gehabt haben, wohl liegt aber Abusus alcoholicus vor. Das psychische Bild bietet nichts Besonderes. Status: wiegt 72 kg. Das Fett ist besonders an den Cristae iliacae am Bauch und am Rücken ausgebreitet, so daß überall doppelte und dreifache Falten vorhanden sind; Lidspalten sehr eng wegen der fetten Augenlider. Die Lumbalpunktion ergibt im Gesichtsfeld 12—15 Leukozyten.

2. 46jähriger Kranker. Mit 15 Jahren Syphilis. Der Fall bietet ebenfalls außer Fettleibigkeit nichts Besonderes; Verdickung beider Clavikulae. Wiegt 96 kg.

3. 42jähriger Paralytiker mit 72 kg.

4. 45jähriger Kranker. Syphilis und Alkohol wird zugegeben; stirbt im apoplektischen Insult. Sektion: Das Gehirn zeigt die für Paralyse charakteristischen Veränderungen. Die Fettablagerungen sind besonders charakteristisch im Perikard und Pankreas. Durchschnittliche Dicke der Fettschicht $3^1/_2$ cm. Die Thyreoidea wiegt im Gegensatz dazu nur 26 g und zeigt mikroskopisch kolloide Degeneration. Man muß nach diesem Sektionsbefunde auch bei den anderen, nicht sezierten Fällen an eine Insuffizienz der Thyreoidea denken, welche durch Hypofunktion zur Obesitas führt.

Oberholzer (71) berichtet über einen Fall von Paralyse mit spontanem Zahnausfall (Trigeminusaffektion). Tabische Symptome fehlten vollständig.

Von dem Ausfall wurden sukzessive folgende Zähne betroffen: linker Eckzahn, linke Prämolaren, erster Molar, letzter Molar, dann die beiden Inzisivi und zuletzt der zweite Backenzahn. Dieselbe Reihenfolge wurde auf der rechten Seite innegehalten. Wie das bei der Tabes dorsalis konstatiert ist, sind auch hier bisher nur die Zähne des Oberkiefers betroffen, wobei die Affektion streng halbseitig aufgetreten ist, indem die linke Seite voranging und der Ausfall rechts erst erfolgte, als links bereits sämtliche Zähne ausgefallen waren. Dabei wurde der gegenwärtige Zustand, die Zahnlosigkeit des Oberkiefers, in $^3/_4$ Jahren erreicht.

Dem Ausfallen der Zähne gingen abnorme Sensationen in deren Bereich voraus, die Patient veranlaßten, seinen Zähnen Aufmerksamkeit zu schenken und an ihnen bereits zu einer Zeit zu manipulieren, als dieselben noch völlig fest saßen. Patient bezeichnete diese Parästhesien als Reiz und beschrieb sie als nicht eigentlich schmerzhaft und jedenfalls sehr gut zu ertragen.

Im weiteren Verlauf muß es dann zu einer Lockerung der Zähne gekommen sein, die allmählich, mitunter aber auch sehr rasch solche Fortschritte machte, daß sie von Patient mühelos aus den Alveolen gehoben und entfernt werden konnten. Dabei kam ihm die Analgesie der betreffenden Teile zu Hilfe. Umgekehrt kann in letzterer nicht die Ursache für den Ausfall und



seine unablässigen Manipulationen gesucht werden, denn die Analgesie war wohl im Gebiet der linken Gingiva vorhanden, als die Zähne ausfielen, nicht aber rechts. Hier entfielen alle Zähne, ohne daß auch nur eine Herabsetzung der Schmerzempfindung hätte nachgewiesen werden können. Die Eröffnung der Alveolen hat dann zweimal zu einer leichten lokalen Infektion in Form einer Parulis geführt. Die Zähne selbst waren gesund.

Löwenhaupt (53) berichtet über zwei an Paralyse erkrankte Frauen, welche ein gesundes Kind geboren hatten. In dem einen Falle traten im Puerperium starke Erregungszustände auf. Die psychische Erkrankung gab keinerlei Indikationen zur schnelleren Entbindung oder gar zur Einleitung des Aborts oder der künstlichen Frühgeburt ab. Gravide Paralytikerinnen müssen aber unter ständiger Beobachtung bleiben; auch ist es gut, das Kind in einem anderen Raume zu pflegen zur Vermeidung irgendwelcher Gefährdung von seiten der Mutter. Die zeitweise starken Erregungen im Puerperium können nur durch Narkotika behandelt werden; Dauerbäder sind wegen der Infektionsgefahr nicht angängig.

Pfeifer (76) berichtet über zwei Fälle, in welchen es ihm gelang, auf Grund mikroskopischer Untersuchung mittels Hirnpunktion aspirierter Hirnrindenteilchen die Differentialdiagnose zwischen progressiver Paralyse und Lues cerebri bzw. Cysticercosis cerebri im Sinne eine progressiven Paralyse zu entscheiden. Im ersten Falle, wo die Diagnose zwischen Paralyse und Hirnlues schwankte, ergab die Hirnpunktion eine gelbliche, leicht getrübte Flüssigkeit, die anfangs in dünnem Strahl, nachher rasch tropfenweise ausfloß (Hydrocephalus externus); dieselbe enthielt zahlreiche Lymphozyten; ferner wurden bei der Punktion Hirnrindenstückchen aspiriert, die nach Einbettung in Paraffin an mit Toluidin gefärbten Schnitten das ausgesprochene Bild der paralytischen Rindenerkrankung zeigten: hochgradigen Zerfall und Schwund der Ganglienzellen und zahlreiche Gefäßneubildungen mit Erweiterung der adventitiellen Lymphscheiden und Anfüllung derselben mit Plasmazellen, Lymphozyten und Mastzellen. Die Sektion bestätigte die nunmehr gestellte Diagnose: progressive Paralyse. Im zweiten Falle schwankte die Diagnose zwischen Paralyse, Cysticercosis cerebri, Hirnlues und Hirntumor. Die Hirnpunktion nebst Rindenaspiration entschied für Paralyse und Hydrocephalus externus. Während von dem ersten Patienten die Hirnpunktion gut vertragen wurde, trat im zweiten Falle nach derselben eine stärkere rechtsseitige Hemiparese mit totaler Aphasie und ideatorischer Apraxie auf. Der Tod trat später nach gehäuften paralytischen Anfällen ein; die Sektion ergab keinerlei Spuren einer durch die Hirnpunktion verursachten Blutung; wahrscheinlich hatte es sich um einen paralytischen Anfall mit Ausfallserscheinungen im Anschluß an die Punktion gehandelt. Daher Vorsicht bei Vornahme von Hirnpunktionen bei Verdacht auf Paralyse!

Mirallié (66) gibt in seiner Arbeit die Geschichte eines Falles von Paralyse, bei dem als 1. Symptom Paralysis agitans auftrat. Erst nach 5 Monaten gewann die Diagnose progressive Paralyse mehr an Wahrscheinlichkeit. Interessant war auch bei dem Fall ein bemerkenswert lang erhaltenes Gedächtnis, ein erst gegen Ende des 2. Jahres einsetzendes Nachlassen der geistigen Fähigkeiten. Verf. gibt den Fall in Ergänzung eines von Maillard zitierten und glaubt wie dieser, daß solche Fälle ein schwerwiegender Beweis zugunsten des organischen Ursprungs der Parkinsonschen Krankheit, wie es heute allgemein von der Neurologen angenommen wird, sind. (*Cordes.*)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Nomenklatur der Paralyse — echte Paralyse, Pseudoparalyse — gibt **Näcke** (67) die Geschichte eines



Falls, der fast ausschließlich unter dem Bilde der Epilepsie, das später durch den Korsakoffschen Symptomenkomplex kompliziert wurde, verlief, den er aber, da er Wassermann und makroskopisch- und mikroskopisch-paralytischen Hirnbefund aufwies, als Paralyse, wenn auch als atypische zu bezeichnen müssen glaubt. In der Arbeit äußert sich Verf. fernerhin über den Korsakoffschen Symptomenkomplex und gibt seine Ansicht über die Paralysedisposition wieder. Auch seine Auffassung, daß in den meisten Fällen von Tod bei Paralyse ohne Fieber und ohne Pneumonie eine Staphylokokken-Invasion die Ursache ist, wenn Dekubitus vorliegt, sowie die bei der Autopsie des Falles gefundene völlige Zerstörung der Nebennieren, die Verfasser für die epileptischen Krämpfe verantwortlich macht, dürfte von Interesse sein. (*Cordes.*)

Rémond und **Lévèque** (82) schildern bei einem klinisch-einwandfreien Fall von Paralyse einen Dämmerzustand, der sich durch traumhafte Zustände mit szenenartigen visuellen Halluzinationen auszeichnete, für den eine bemerkenswerte totale Amnesie bestand. Auf Grund einer Milzvergrößerung und einer hinsichtlich luetischer Infektion negativen Anamnese glaubt der Verf. den Fall als eine Pseudoparalyse d'origine palustre ansprechen zu sollen. (*Cordes.*)

Fischer (27) bespricht in seiner Abhandlung die somatischen und psychischen Initialsymptome der Paralyse. — Das wichtigste dieser Symptome sind die Veränderungen der Pupille und Sehnenreflexe, welche in 80 % der Fälle im Initialstadium zu finden sind. Von derselben Wichtigkeit sind die paralytiformen oder epileptiformen Anfälle mit nachfolgender flüchtiger Sprachstörung; fast pathognomonisch ist Parese und das Zittern der Faziales. Die allein vorhandene Dysarthrie sichert die Diagnose der Paralyse. Unter den psychischen Zeichen fällt zuerst die Veränderung des Charakters auf, welche die Aufmerksamkeit auf die Paralyse lenkt. — Ein ähnliches Symptom ist Urteilsunfähigkeit und Gedächtnisschwäche. (*Hudovernig.*)

f) Verlauf und Prognose.

Leverty (52) berichtet über einen Fall von galoppierender Paralyse. Syphilitische Infektion extragenital am rechten Zeigefinger. Die Autopsie ergab ein verhältnismäßig frühes Stadium der Paralyse.

Graefe (31) gibt die Geschichte eines Falls von ganz plötzlich ohne vorhergehende Symptome ausbrechender Paralyse, die unter den heftigsten Erscheinungen innerhalb von 24 Stunden zum Tod im paralytischen Anfall führte. (*Cordes.*)

Salomon (90) gibt in dieser Arbeit seiner Meinung Ausdruck, daß es unbedingt auch Paralysefälle von längerer Krankheitsdauer als die durchschnittlich angenommene gibt. Er illustriert seine Meinung durch 2 Fälle, die, obwohl der eine die ersten Erscheinungen um 12, der andere sogar um 23 Jahre überlebte, doch mikroskopisch und makroskopisch das Bild der Paralyse nach dem Tode boten. — Freilich glaubt er, daß auch häufig andere Ursachen, wie Alkohol und Bleivergiftung usw. paralyseähnliche Krankheitsbilder vortäuschen, meint indes, daß man trotz fehlender Lymphozytose manchmal Paralyse annehmen müsse. (*Cordes.*)

Schröder (95): Die Paralyse verläuft nur selten gleichmäßig progredient vom ersten Beginn bis zum Tode; Schwankungen, plötzliche Verschlimmerungen, weitgehende Besserungen, anscheinende Stillstände sind häufig; ebenso häufig ist ein Wechsel in der Art des Zustandsbildes. Remissionen schließen sich fast stets an voraufgehende Exazerbationen an; sie kommen zustande durch das Abklingen akuter Verschlimmerungen und die Rückkehr zum Status



quo ante. Das Studium der Remissionen bei Paralyse hat auszugehen von Exazerbationen. Als die gröbsten, perakuten Exazerbationen können die paralytischen Anfälle gelten. Ihnen stehen nahe die gleichfalls häufigen, oft nur kurzdauernden, andere Male lang hinziehenden deliranten und deliriösen Zustände, welche in späterem Stadium nicht selten als bloße Schwankungen in Luzidität und Benommenheit der Kranken zutage treten. Bei einer weiteren Gruppe von Exazerbationen stehen motorische Symptome im Vordergrund, sowohl akinetische wie hyperkinetische, ähnlich den verwandten Zuständen bei Epilepsie, bei schweren toxischen und infektiösen Prozessen. Von den manischen Erregungen bei Paralyse hat ein großer Teil wahrscheinlich enge Beziehungen zu den deliriösen und katatonischen Zuständen; bei anderen kann als endogener ursächlicher Faktor eine manisch-depressive Veranlagung mitspielen. Das gleiche gilt möglicherweise für einen Teil der abgesetzten initialen Depressionszustände und der anfangs „zirkulär" verlaufenden Fälle von Paralyse. Das Material der Breslauer Klinik, das Vortr. durchgesehen hat (etwa 170 Paralysen mit 8 bis 10% guter Remissionen), spricht für die Richtigkeit der anfangs gegebenen Auffassung von den Remissionen; es enthält nur Fälle, bei denen nachweislich die Remission nichts ist als das Abklingen akuterer Symptomenreihen (Exazerbationen), es enthält keinen Fall von Besserung im Verlauf einer langsam progredienten Demenz ohne akute Schübe. „Blödsinn" wird oft vorgetäuscht durch die Kritiklosigkeit der Größenideen in der paralytisch-manischen Erregung oder durch die Stumpfheit in Hemmungszuständen. Akute Exazerbationen können bereits in sehr frühen Stadien eine Paralyse manifest machen, zu einer Zeit, in der sonst noch nichts sicher Paralytisches nachweisbar ist; die Remissionen nach dem Abklingen solcher sehr frühen ersten Attacken pflegen besonders lang zu sein. Die Beachtung des schubweisen Verlaufs und der Exazerbationen bei sehr vielen Paralysen schützt vor Fehlschlüssen bezüglich der therapeutischen Beeinflußbarkeit des Leidens. Die Beeinflussung der Exazerbationen hat mit der Therapie des paralytischen Prozesses selber nichts su tun (s. Neur. Zentr. 1912 S. 931).

Mills (65) gibt in seiner Arbeit der Meinung Ausdruck, daß Paralyse bei Frauen häufiger vorkommt, als angenommen wird. Er belegt dieselbe mit 4 Fällen. (*Cordes.*)

Günther (34) teilt 3 Fälle von stationärer Paralyse mit. In dem einen Falle fand eine Remission, die 8 Jahre dauerte, statt, in den beiden anderen Fällen eine „Krankheitspause" (Heilung mit Defekt) von 11 bzw. 10 Jahren. Eine Reihe von Fällen von langdauernder Paralyse sind in der Literatur beschrieben (Tuczek, Alzheimer, Gaupp, Kraepelin, Brunet, Jahrmärker und Kundt, Wickel u. a.); immerhin gehören sie zu den Ausnahmen.

B. Dementia praecox.

Singer (161) bespricht die Dementia praecox.

Mayer (153) untersucht das Material an Dementia praecox-Kranken der Freiburger Klinik aus den Jahren 1902/10. Seine Resultate stimmen mit der Kraepelinschen Statistik überein. Neues bringt seine Feststellung nur über das Potatorium als ätiologisches Moment. Unter den 186 Kranken waren 31, also 16.67% Nachkommen von Potatoren. (*Cordes.*)

Stransky (167): Die Dementia praecox ist stets einer Reihe von Mißverständnissen ausgesetzt gewesen, weil der Krankheitsbegriff aus Zuflüssen von ursprünglich ganz verschiedenen Quellgebieten her entstanden ist, dazu kommt der keineswegs glücklich gewählte Name der Krankheit,



der weder mit seinem Haupt- noch mit seinem Eigenschaftswort den Nagel völlig auf den Kopf trifft. Vorzuziehen wäre der von Bleuler eingeführte Name „Schizophrenie". Stransky geht nach diesen einleitenden Bemerkungen auf die Entwicklung über, welche die Lehre von der Dementia praecox im Laufe der Zeit erfahren hat. Immer mehr tut sich das Bestreben kund, die Grundstörung des Leidens in etwas anderem zu suchen als nur in der Verblödung; der ganzen Sachlage nach kann sie zurzeit nur im Bereich der psychischen Symptome gesucht werden, denn die körperliche Symptomatologie, so reichhaltig sie heute schon ist, vermag pathognostische Symptome derzeit nicht zu liefern. Die Mehrzahl der Fälle zeigt mindestens über lange Zeit hin zunächst nicht so sehr — sei es affektive, sei es assoziative — psychische Schwäche, sondern ihre Psyche erscheint in dem Verhältnis ihrer Hauptfunktionen zueinander dissoziert. Dieser dissoziative Zug ist als ein wesentlicher Grundzug der Krankheit anzusprechen; besonders charakteristisch für das Leiden ist die „intrapsychische Ataxie" (Stransky), ein Begriff, der das Ungeordnete, Regellose und Launenhafte in den gegenseitigen Beziehungen der psychischen Funktionskomplexe zum Ausdruck bringen soll. Stransky beschäftigt sich schließlich mit den Schriften Jungs, der Psychoanalytiker und schließlich mit der Bleulerschen Auffassung vom Wesen der Dementia praecox, indem er das Anfechtbare in diesen Theorien hervorhebt und schreibt: „Die durch Freud und Breuer inaugurierte psychoanalytische Richtung hat zweifellos das Gute gehabt, daß sie uns die Bedeutung des Unterbewußten, die Wirkung gefühlsmächtiger Komplexe, die Phänomene der Verdrängung und Konvertierung und noch manches andere, überhaupt die psychologische Tiefenerforschung mehr als bis dahin üblich gewesen, beachten gelehrt hat. Kein Mensch wird bestreiten dürfen, daß sich im Inhalte nicht nur des normalen und des neurotischen, sondern auch des psychotischen seelischen Geschehens Komplexwirkung wird manifestieren können, und sicherlich ist es ganz richtig, daß der Inhalt des Denkens und der Wahngebilde (nicht nur schizophrener) Geisteskranker nahe Beziehungen zum Wünschen und Streben der vorpsychotischen Persönlichkeit haben kann; wir dürfen ohne weiteres einräumen, daß solche Komplexe gerade im ataktischen, feiner Regulierung und Ausgleichung entbehrenden Chaos der schizophrenen Psyche besondere Chancen haben, da zu „erstarren", dort ziellos herum zu flottieren, je nachdem; können weiter zugeben, daß Komplexwirkung, psychische Gleichgewichtsänderungen überhaupt den Ausbruch von Psychosen (schizophrenischer wie etwa auch manisch-depressiver) determinieren oder deren Verlaufsbild modifizieren können (Versetzungsbesserungen Bleulers und Riklins). Gänzlich unlogisch (und geradezu obsolet!) scheint es aber, wenn man aus dem Inhalt der Psychose deren Mechanismen, deren Wesen erklären will; mit demselben Rechte wie bei der Schizophrenie könnte man das, wie ich gegen Bleuler bemerken muß, bei jeder anderen Psychose, selbst bei Delirium tremens tun, und da kämen schöne Sachen heraus! Das Pferd kann nun aber einmal nichts dafür, wenn der Kutscher in seinem Delir auf ihm herumreitet; so ähnlich habe ich das schon einmal an anderer Stelle gegenüber Jung eingewendet: allein Bleuler hat von diesen meinen Ausführungen nicht Notiz genommen."

Schließlich erwähnt Verf. einige somatische Symptome der Dementia praecox („Anfälle", Pupillenerscheinungen usw.).

Das Material **Mollweide**'s (157) umfaßt 71 Fälle von Dementia praecox; bei ihnen fand er 11,2% mit Geistesstörung der direkten Aszendenten Belastete; viel häufiger fand sich indirekte Belastung. Eine erhebliche Bedeutung wird der alkoholischen Belastung beigemessen, auch der von groß-



elterlicher Seite; Lues bzw. Metalues in der Aszendenz war nur äußerst selten nachweisbar. Verf. spricht sich gegen die Autointoxikationstheorie aus, die Dementia praecox ist vielmehr als eine Aufbrauchskrankheit aufzufassen. Verf. schließt: „Legt man sich die Frage vor, ob aus der im vorstehenden entwickelten Auffassung des der Dementia praecox zugrunde liegenden Krankheitsprozesses irgendwelche praktischen Konsequenzen gezogen werden können, so würden solche im wesentlichen prophylaktischer Natur sein müssen. In erster Linie wäre in dieser Hinsicht erstrebenswert, schon für das Kindesalter Anhaltspunkte bestimmter Art zu gewinnen, welche imstande wären, uns darüber Aufschluß zu geben, ob wir im gegebenen Falle berechtigt sind, eine konstitutionelle Anlage zur Dementia praecox anzunehmen. Neben genauerer Kenntnis der hereditären Voraussetzungen, welche die supponierte minderwertige Anlage bedingen, würde es notwendig sein, in gleicher Weise, wie dies für andere auf konstitutioneller Basis entstehende Krankheiten verlangt wurde, mit Hilfe exakter Methoden ein Maß für die Widerstandsfähigkeit des psychischen Zentralorgans zu erhalten. Die Messung der Ermüdbarkeit könnte in dieser Hinsicht vielleicht gewisse Anhaltspunkte geben. Besonders wichtig wäre die Feststellung, ob die Kinder mit Dementia-praecox-Anlage irgendwelche Symptome bieten, welche sie von anderen nervösen und psychopathischen Kindern unterscheiden lassen. Ritterhaus hat in allerneuester Zeit auf diesen Punkt aufmerksam gemacht. Möglicherweise könnte dann in Zukunft gelegentlich der Ausbruch der Erkrankung vermieden werden, wenn das betreffende anlageschwache Individuum vor gewissen Schädlichkeiten, namentlich beruflicher Art (Lehrerinnenexamen, Militärdienst), durch rechtzeitiges Erkennen der drohenden Gefahr und Versetzung in ein geeignetes Milieu geschützt würde. Zu diesem Zwecke müßte allerdings der Wirkungsbereich der Psychiatrie eine wesentliche Erweiterung erfahren.

Für die Therapie der ausgebrochenen Erkrankung würde bei der Annahme, daß es sich bei der Dementia praecox um eine Aufbrauchskrankheit handelt, theoretisch das Prinzip der äußersten Schonung des kranken Organs verlangt werden müssen, wie es tatsächlich schon durch die moderne Anstaltsbehandlung unter ausgiebiger Berücksichtigung körperlicher Beschäftigung und allgemeiner Roborierung am besten gewährleistet wird. Von medikamentösen Maßnahmen wäre höchstens eine vorübergehende Wirkung zu erwarten."

Trénel (171) spricht sich kritisch über die Bleulerschen Anschauungen betreffs der Schizophrenie aus.

Steinitz bringt in dieser Arbeit ein eingehendes Referat über den von **Bleuler** (122) im Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg in der 4. Abt. 1. Hälfte erschienenen Abschnitt. Wir empfangen durch diesen Artikel in kurzer und zusammenfassender Form einen Überblick über Bleulers Anschauungen und Darlegungen über das Thema. (*Cordes.*)

Jung (140) bringt eine eingehende Kritik der obengenannten Arbeit. Bemerkenswert an derselben ist der Versuch des Verf.s, die Bleulerschen Formulierungen im Lichte der Komplextheorie darzustellen, an die Verf. erinnern zu müssen glaubt, da er, wie er sagt, keineswegs gesonnen ist, auf diese mühsam errungene Einsicht zu verzichten. (*Cordes.*)

Bleuler (121) bekennt sich in allem Wesentlichen zu der Meinung Jungs. Während indes für diesen das für die Schizophrenie Spezifische in der Art der Komplexwirkung liegt, nimmt er einen in gewissen Assoziationsstörungen faßbaren primären Prozeß als das Spezifische an. Jung würde somit Symptomatologie und Verlauf fast allein aus der Komplexwirkung erklären, während Bleuler beides durch den primären Prozeß im Gehirn mit bestimmen läßt. (*Cordes.*)



Fankhauser (134) faßt das Ergebnis seiner histologischen Untersuchungen bei Dementia praecox wie folgt zusammen:

1. Die Untersuchung zweier Fälle von Dementia praecox, deren einer plötzlich gestorben war, während der andere durch Suizid geendet hatte, bestätigte das Vorkommen der von Alzheimer beschriebenen Gliaveränderungen.

2. In beiden Fällen lag zugleich Status lymphaticus vor. Infolge gleichartiger Befunde beim plötzlichen Tod der Katatoniker und bei Selbstmördern liegt Grund zur Annahme vor, daß die Hirnveränderungen an beiden Orten dem gleichen Prozeß entsprechen, und daß sie im Zusammenhang mit der Dementia praecox stehen.

3. Bei der perniziösen Anämie, vielleicht auch infolge akuter Verblutung, finden sich bei Anwendung der Weigertschen Gliafärbung typische Astrozyten in der ganzen Breite der grauen Substanz. Es handelt sich hier um eine Eigenart dieser Färbung.

Scarpini (160) hat das Gehirn in einem Falle von Dementia praecox hebephreno-catatonica histologisch untersucht. Die Patientin war an tuberkulöser Pleuritis gestorben. Die Veränderungen der Großhirnrinde stimmten mit den schon bekannten Befunden anderer Forscher im wesentlichen überein. Die Untersuchung der Basiskerne und des Kleinhirns ergab dagegen interessante, z. T. neue Resultate; die zelligen Elemente wiesen hier nicht unbedeutende Veränderungen auf, unter denen die sogenannte Neuronophagie besonders hervortrat. Im Kleinhirn waren die Purkinjezellen eigentümlich umgestaltet, und es bestand Atrophie der weißen und der grauen Substanz.

Verf. behauptet, daß diesen extrakortikalen Veränderungen des Zentralnervensystems mit großer Wahrscheinlichkeit eine gewisse Bedeutung für die Entstehung des klinischen Krankheitsbildes der Dementia praecox hebephreno-catatonica zugeschrieben werden kann. (*Audenino.*)

Montesano (157a): Beschreibung eines Falles von Dementia praecox mit plötzlichen Tode. Verf. fand hauptsächlich primäre Veränderungen im Nervenparenchym, die sich durch die Gegenwart zahlreicher amöboider Zellen, reichliche Abbauprodukte, dokumentierten. Dieselben sind denjenigen ähnlich, welche die akuten Prozesse des nervösen Systems begleiten, und denjenigen entsprechen, welche Rosenthal beim Pseudotumor cerebri gefunden hat. (*Audenino.*)

Allers (116) gibt nach einleitenden Darlegungen über die Ansichten verschiedener Autoren (Kräpelin, Régis etc.), die mögliche Entstehung der Dementia praecox betreffend, eine übersichtliche, ausführliche Darstellung der Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen bei Dementia praecox unter besonderer Berücksichtung der neueren Beobachtungen. Seine sehr eingehende übersichtliche Darstellung bringt nichts wesentlich Neues. (*Cordes.*)

Barbé (119) sucht an 7 Fällen zu zeigen, daß es zuweilen unmöglich ist, die Differentialdiagnose zwischen periodischer Psychose und Dementia praecox zu stellen, und daß dann nur der Verlauf des Leidens entscheiden kann.

Bei den Dementia-praecox-Kranken **Damaye**'s (132) ist auffällig: der langsame, schleichende Beginn der psychischen Störungen, die väterliche Heredität (Alkoholismus), das Fehlen makroskopischer Hirnatrophie, von Arachnitis oder Ependymitis, die degenerative Veränderung der Nervenzellen mit den zahlreichen Neurogliazellen ohne wesentliche Gefäßläsionen, zudem Tuberkulose. Es besteht ein deutlicher Unterschied des Befundes gegenüber demjenigen bei den toxiinfektiösen Psychosen.

Zingerle (176) berichtet über Störungen des sprachlichen Ausdruckes eines Dementia-praecox-Kranken. Letzterer gebrauchte manchmal gewöhnliche Worte in richtiger, grammatikaler Verbindung, und trotzdem klang das

Ganze unverständlich, und ließ sich auch bei genauer Aufmerksamkeit ein Sinn nicht ersehen. Bei näherem Eingehen ergab sich aber, daß der Patient mit den Worten einen Sinn verband, der von dem gebräuchlichen vollständig abwich, und zu welchem er auf eine ganz eigenartige Weise gekommen war.

„Der Vorgang, der dieser Abänderung des sprachlichen Ausdruckes zugrunde liegt, hat entschieden etwas Eigenartiges und ist im Prinzip ein ganz anderer als der, welcher bei der begrifflichen oder sprachlichen Verdichtung wirksam ist. Während bei dieser nach der Analyse Bleulers Wortstämme zusammengezogen werden, die einen gleichen oder ähnlichen Begriff bezeichnen, oder mehrere Begriffe in einen verschmolzen werden, werden hier die Wortbezeichnungen von der ihnen gewöhnlich zukommenden Bedeutung abgespalten und isoliert. Man kann sehen, daß die gewöhnliche Assoziation Wort — Begriff zerrissen wird und ein neuer Sinn für das Wort auf einem ganz ungewöhnlichen Wege durch Zerlegung in Silben gewonnen wird, von denen jede eine, von der gewöhnlichen abweichende Bedeutung erhält. Durch die Verbindung der Silbenbedeutung entsprechend der Folge der Silben im Worte entsteht der neue Begriffsinhalt des Wortes, der natürlich entsprechend dieser Genese häufig ein recht komplizierter und bizarrer ist. Das für Schizophrenie besonders Charakteristische sind die assoziativen Vorgänge, durch welche die neue Bedeutung der Silben gewonnen wird, auf welche wir noch zurückkommen werden.

Jedenfalls ist der Vorgang der Sinnverstellung oder assoziierenden Wortzerlegung, wie man ihn wohl am besten benennen könnte, nur unter einer Voraussetzung möglich. Die Lösung so fest gefügter Zusammenhänge, wie sie im Wort und in dem dazugehörigen Begriff gegeben sind, kann wohl nur dann erfolgen, wenn, worauf Kräpelin besonders bei der Traumsprache hinweist, die Wortklangbilder den ihnen gewöhnlich zukommenden regelnden Einfluß auf die innere Sprache verloren haben. Tatsächlich zerfallen hier ja die Wortklangbilder in Silbenrudimente, deren jedes erst für sich auf das innere Denken Einfluß nimmt. Diese Spaltung innerer Zusammenhänge und die Bildung von Neuknüpfungen nach äußerlichen, oberflächlichen Merkmalen entspricht so recht der schizophrenen Denkrichtung.

Interessant ist, daß die Spaltung aber doch keine derartig durchgreifende ist, daß sie, einmal gegeben, auch unverändert bestehen bleibt, so etwa wie bei einer sensorischen Aphasie den Wortklangbildern dauernd der zugehörige begriffliche Inhalt verloren gegangen ist. Zeitweise ist bei dem Patienten die Verbindung zwischen Wort und Begriff wieder in gewöhnlicher Weise möglich, und er gebraucht die Worte mit der ihnen zukommenden Bedeutung. Er wechselt eben, wie Bleuler darlegt, die Einstellung je nach Umständen, und dadurch ist die geschilderte Art der Redestörung nichts Fixes, sondern ständigen Schwankungen unterworfen. Das Feststehende bleibt nur die krankhafte Denkrichtung; die Formen, in welchen sich diese äußert, variieren. Aber auch bei der Wortzerlegung selbst ist die gewöhnliche Bedeutung des Wortes nicht immer vollkommen ausgeschaltet, sondern wirkt mitunter den neuen Sinn der Worte bestimmend nach."

Nelken (158) glaubt, daß uns die schizophrenen Wortzerlegungen, die dadurch entstehen, daß ein ganz harmloses Wort, das einen für den Kranken, wenn auch latent gefühlsbetonten Sinn hat, in bizarrer Weise zerlegt wird, wertvollen Einblick in das Seelenleben des Patienten bieten, und seinen wichtigsten Komplexen und Konflikten entsprechen.

Er meint, daß sie gleichsam ein schizophrenes, autoanalytisches Verfahren darstellen und für das Verständnis des Psychoseninhalts von Belang sind. (*Cordes.*)



Bond (123) versucht an der Hand eingehender Vorgeschichten von je 50 Kranken obiger Gruppen die präpsychotische Persönlichkeit darzustellen. Er gibt das Vorkommen der einzelnen Charakterzüge zahlenmäßig und teilt diese in harmlose und in solche, die möglicherweise für die Person selbst oder die Umgebung schädlich werden können. Was die einzelnen Gruppen anbelangt, so zeigen sich für dieselben eine Anzahl wiederkehrender Züge; so sind bei den Manischen häufig soziale, erfolgreiche, gewissenhafte, nervöse Elemente, bei den Präkoxen auffällige, widerstrebende, frühzeitig entwickelte. Die Gruppe der Dementia praecox zeigt ein Überwiegen abnormer Persönlichkeiten. Auch findet sich in dieser Gruppe so häufig die Verschlossenheit als Charaktereigenschaft, daß man fast versucht sein möchte anzunehmen, sie könnte für eine Frühdiagnose von Bedeutung sein. Inwieweit dies zutrifft, und ob man die Hoffnung des Verf.s, daß solche Versuche auch für andere Psychosen wertvolle Aufschlüsse bringen könnten, teilen soll, muß indes dahingestellt bleiben. Die Arbeit bringt 19 Krankengeschichten.

(*Cordes.*)

Jones (139) bespricht die Beziehungen, die zwischen der Apraxie und der Dementia praecox bestehen.

Mabille (151) bespricht die Krankengeschichte eines Dementia-praecox-Kranken, dessen Symptome an die ideatorische Dyspraxie anklingen. Hierbei haben Aufmerksamkeit, Wille und Gedächtnis eine Störung erfahren.

Archambault und **Guiraud** (117) geben Schriftproben eines an Dementia paranoides Erkrankten wieder, welche die Manieriertheit des Patienten wiederspiegeln.

Burr (126) gibt eine interessante Krankengeschichte, deren Inhalt jedoch im Referate nicht ohne Verlust wiederzugeben ist. (*Cordes.*)

Capgras (127) veröffentlicht eine kleine Komödie und ein Gedicht, verfaßt von einer Dementia-praecox-Kranken.

Spielrein (165) bringt in seiner Arbeit die genaue psychische Analyse eines Falles von paranoider Demenz. Es gelingt ihm zu zeigen, daß in dem auf den ersten Blick wirren Durcheinander von ganz unsinnigen Sätzen in den Reden der Kranken eine Menge Zusammenhang und Beziehungen mit den Geschehnissen und Personen der Umgebung ist. Indes dürfte mit den heutigen Mitteln, wie Verfasser selbst sagt, eine Analyse, die bis auf den Grund geht, einfach unmöglich sein, auch dürfte dieselbe immerhin ein gewisses Mitwirken der Kranken, was im vorliegenden der Fall ist, erfordern. Inwieweit die durchaus interessanten Untersuchungen von praktischer Bedeutung gerade bei derartigen Kranken wie die untersuchte sein wird, muß heute noch völlig unentschieden bleiben. Immerhin dürfte eine Häufung derartiger Untersuchungsversuche manche Klarheit in die sonst unentwirrbaren Reden der Paranoiden bringen. (*Cordes.*)

Krueger (142): Die Resultate der Blutuntersuchungen bei Dementia praecox, soweit sie bisher vorliegen, haben zweifellos viel Gemeinsames mit dem Blutbild, wie man es häufig bei Erkrankungen der Glandula thyreoidea findet. Die relative Lymphozytose, teilweise verbunden mit Vermehrung der eosinophilen Zellen, findet sich bei beiden Erkrankungen. Einen sehr erheblichen Unterschied aber stellt die z. T. recht erhebliche absolute Leukozytose besonders der frischen Fälle von Hebephrenie gegenüber der Leukopenie bzw. höchstens normalen Leukozytengesamtzahl bei Struma, Myxödem, Morbus Basedowi usw. dar. Der Unterschied wird geringer, wenn man zum Vergleich mehr die Fälle mit Überwiegen der katatonen Symptome, wie es scheint, die wesentlich chronisch verlaufenden, bei denen nach den vorstehenden Untersuchungsresultaten die Leukozytenzahl meist normal ist,



heranzieht. Auch die amerikanischen Autoren sahen nach Thyreoidektomie in manchen Fällen nur Zurücktreten der katatonen Erscheinungen, teilweise unter Übergang der Katatonie in eine Hebephrenie.

Hebephrenie und die Geistesstörungen bei dem Hyperthyreoidismus der Basedowschen Krankheit einerseits, Katatonie und die Psychosen bei dem myxödematösen Irresein (denen die bei der Cachexia strumipriva gleichen), also einer auf Hypo- oder Afunktion der Glandula thyreoidea beruhenden Erkrankung andererseits, haben in ihren Zustandsbildern nach ihren psychischen wie körperlichen Symptomen, das morphologische Blutbild nicht ausgeschlossen, vielerlei wesentliche Parallelen, so schwerwiegende, daß sie zur ernstesten Untersuchung auffordern. Auch die Ausgänge lassen sich unschwer in Parallele setzen. Wie man die Hebephrenie in affektive Verblödung mit vorwiegend katatonen Symptomen ausgehen sieht, so beobachtet man (allerdings in selteneren Fällen) die myxödematöse Verblödung als Ausgang der Basedowschen Krankheit unter Verödung der vorher im Zustande übermäßiger Funktion befindlichen Schilddrüse. Wie sich bei dem Morbus Basedowi Stillstände und Rückbildungen finden, wie aber auch bei ihm jederzeit eine Reexazerbation stattfinden kann, ohne daß wir eine äußere Ursache aufzufinden vermöchten, so auch bei der Hebephrenie. Die pathologische Anatomie läßt uns leider dabei bisher völlig im Stiche. Dabei muß man sich wohl bewußt sein, daß es auch viele Punkte gibt, die zu dem Vergleich nicht passen, wo sich tiefgreifende Unterschiede zeigen: Eine Basedowsche Krankheit ist eben keine Hebephrenie, ein Myxödem keine Katatonie. Aber, wenn die Infektionserreger je nach ihrem Angriffspunkt und ihrer Zahl die mannigfachsten Krankheitserscheinungen hervorbringen können, warum soll nicht ein im Körper abgesondertes und kreisendes Toxin je nach der Menge oder veränderten Zusammensetzung ebenso wie nach der Anspruchsfähigkeit des befallenen Organes verschiedene Wirkungen auf dasselbe hervorrufen? An Hyper- und Athyreoidie ist ja bei den in Frage stehenden Erkrankungen weniger zu denken als an Dysthyreoidie.

Ein Einwand kann den letzten Ausführungen billig gemacht werden: Basedow, besonders aber Myxödem lassen sich durch Regelung der Zuführung des von der Glandula thyreoidea gebildeten Sekretes heilen oder bessern, bei der Dementia praecox hat das bisher versagt. Auch das ist nicht ohne Einschränkung der Fall. Bercley will durch Jodpräparate und Strumektomie Heilung von Schizophrenen erzielt haben, andere haben nach Strumektomie Übergang der Katatonie in Hebephrenie beobachtet. Während Kraepelin und andere von der Verabreichung von Schilddrüsenpräparaten keinen Erfolg gesehen haben, wird von wieder anderen Jod und Thyreolezithin empfohlen, und zwar nur bei Katatonien ganz entsprechend der oben entwickelten Parallele dieser Form der Dementia praecox mit dem myxödematösen Irresein.

Meyer (155) berichtet über körperliche Störungen bei Dementia praecox. In einem Falle fand er ausgesprochen tonische Anspannung der gesamten Muskulatur (katatonischer Anfall), verbunden mit klonischen Zuckungen und Zyanose, ferner für lange Zeit ohne nachweisbare Herzerkrankung bestehende Pulsverlangsamung (40—50 Schläge in der Minute) und eine auffallende Änderung in der Pulsfrequenz je nach der Körperhaltung: der Puls, der im Sitzen 72 betrug, sank nach Hinlegen auf 42.

Die Pulsverlangsamung bei der Dementia praecox ist wie andere Erscheinungen, so die Dermographie und die Zyanose der Gliedmaßen, als Störung des vasomotorischen Apparates aufzufassen und in Parallele mit anderen abnormen Innervationszuständen der Körpermuskulatur bei Dementia



praecox zu setzen. Bei der Dementia praecox sind greifbare Zeichen „organischen" Hirnleidens — wie etwa bei der progressiven Paralyse — verhältnismäßig gering an Zahl gegenüber den vielfachen „funktionellen" Symptomen von seiten des Nervensystems. In einem großen Teil der Fälle fand Verf. Ovarie, zum Teil sehr stark, und wiederholt Mastodynie.

Fuchs (135) beobachtete in 2 Fällen von Katatonie folgendes: wenn er während des Schlafes des Erkrankten unter Wahrung aller Vorsicht das obere Augenlid emporschob und grelles Tageslicht einwirken ließ, so trat außer einer minimalen an Null streifenden Weiterverengerung der Pupille keinerlei Reaktion bei dem Schlafenden ein: er erwachte nicht und zwar auch nach längerer Zeit und wiederholter Erneuerung des Reizes nicht. Wurde aber jetzt ein Geräusch seinem Ohr genähert, so setzte brüsk das Erwachen ein. Eine auditive Überempfindlichkeit will Verf. nicht ausschließen, die Patienten halluzinierten phonematisch; aber das das Bild Beherrschende war stets eine mehr und mehr spezifisch erscheinende Torpidität der Netzhaut.

Die Erscheinung würde erweisen, wie auch die Sinnesorgane an der funktionellen Diaschisis teilnehmen.

Meyer (156) berichtet über 2 Fälle von Dementia praecox, in denen die bei Druck auf den Iliakalpunkt erweiterten Pupillen auf Lichteinfall keine oder minimale Reaktion zeigten. Diese Pupillenstarre steht der hysterischen und der Westphalschen katatonischen Pupillenstarre nahe und beruht auf einer Störung der gesamten Irisinnervation. Die beiden Fälle zeigen auch, daß bei Besserung des klinischen Bildes die Pupillenstörungen noch bestehen können, teils in Trägheit der Reaktion an sich — ohne ausgesprochene Formveränderung —, teils in der Störung der Reaktion bei Druck auf den Iliakalpunkt. Vielleicht liegt hierin ein diagnostisch und event. prognostisch wertvoller Befund. In Fällen, bei denen auch andere Pupillenstörungen vorhanden sind, fand Verf. oft auch Hippus. Wiederholt fiel ihm bei Dementia praecox-Fällen auf, daß die Pupillen nicht kreisrund, sondern oval oder in ähnlicher Weise formverändert und gleichzeitig exzentrisch gelegen waren.

„Die Vereinigung der Formveränderung und exzentrischen Lage scheint aber doch, auch in der verhältnismäßigen Häufigkeit der Vereinigung, pathologisch zu sein. Wir glauben sogar, in einem Falle, bei dem die Diagnose zwischen Dementia praecox und symptomatischer Psychose schwankte, aber allmählich mehr ersterer zuneigte, im Verlauf der Beobachtung das Auftreten der Formveränderung und der exzentrischen Lagerung entstehen gesehen zu haben, und vermuten, daß das tatsächlich etwas Häufiges ist. Es drängte sich bei diesen Befunden das Bild des Wanderns der Pupille, des Verschiebens derselben auf."

Halberstadt (137) beobachtete bei einer paranoiden Schizophrenen folgendes: Pat. klagte über beständige Kälteempfindung, namentlich am Thorax und an den unteren Gliedmaßen; sie fühlte einen kalten Luftzug aus dem unter ihrem Zimmer gelegenen Zimmer, derselbe dringt ihr in den Mund und breitet sich in ihrem Körper aus. Sie gebraucht alle erdenklichen Abwehrmaßregeln. Keinerlei Zirkulationsstörungen oder Hypothyreoidismus nachweisbar. Die Störung besteht bereits 4 Jahre unverändert.

Parker (159) berichtet über einen Fall von Dementia paranoides, der bis auf Halluzinationen anfangs wenig Krankhaftes bot; später typische Katatonie.

Coles (129) bespricht die Prognose der Dementia praecox. In einer Reihe von Fällen können die Kranken für lange Zeit wiederum ein nützliches Mitglied der menschlichen Gesellschaft werden.



Capgras und **Crinon** (128) berichten über einen Fall von Katatonie, der anscheinend in völlige Heilung überging. In Wirklichkeit bestand aber doch noch — wie eine tägliche und lange fortgesetzte Beobachtung zeigte — eine, wenn auch nur geringe, intellektuelle Schwäche.

Becker (120): Die Möglichkeit einer Heilung der Dementia praecox, zumal einer nur „sozialen Heilung" muß zugegeben werden. Rezidive sind häufig. Es ist aber nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft nicht mehr angängig, differentialdiagnostisch den Übergang in Demenz zu fordern und etwa alle anders verlaufenden Fälle als einen error in diagnosi auffassen zu wollen.

Sommer (164) ermahnt im Anschluß an Beckers Arbeit zur Vorsicht bei Unheilbarkeitserklärung besonders in gerichtlichen Gutachten.

Die von **Stearns** (166) vorgenommene Zusammenstellung von 395 Dementia praecox-Fällen, die sich unter den in den letzten fünf Jahren im Danoeis-State-Hospital aufgenommenen Kranken befanden, ergibt für die Dementia praecox eine fast hoffnungslose Prognose.

Auch nach Überwindung des ersten Anfalles ist ein Rückfall mehr wie wahrscheinlich. Von den 395 Kranken, die 15,2% der Gesamtkrankenzahl ausmachten, konnten 315 weiter verfolgt werden. 64,1% waren in Irrenanstalten, 5% in scheinbar gesundem, 4,5% in dementem Zustande zu Hause, 2,5% anderwärts untergebracht, 23,8% waren gestorben. Bemerkenswert ist die hohe Mortalität, die hauptsächlich auf Lungenerkrankungen, nicht zum mindesten auf Tuberkulose zurückzuführen war. Wie ersichtlich, bedurfte die weitaus größte Zahl der Kranken der Anstaltsbehandlung.

(*Cordes.*)

C. Arteriosklerotische Psychosen.

Ladame (178) kommt unter Beibringung eines Falles von arteriosklerotischer Psychose zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die arteriosklerotische Demenz oder Psychose ist eine Geisteskrankheit, eine Krankheitseinheit, welche im wesentlichen durch arteriosklerotische Degeneration der Hirngefäße gekennzeichnet ist, und deren verschiedene Formen in folgende zwei Gruppen eingeteilt werden können: a) die Form mit lokalisierten Herden; b) die Form mit kleinen diffusen Herden.

2. Das Leiden hat folgende klinische und pathologisch-anatomische Symptome:

a) somatisch: atheromatöse Degeneration des Gefäßsystems in verschiedenen Teilen des Organismus: Myokarditis, erhöhter Blutdruck, Trägheit der Pupillenreflexe, Albumen, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz, Schwindel, apoplektische Anfälle;

b) psychisch: verlangsamte Hirntätigkeit, psychische Defekte, vorübergehend, partiell, lückenhaft. Krankheitseinsicht erhalten. Schubweiser Verlauf des Leidens.

c) pathologisch-anatomisch: arteriosklerotische Degeneration der Hirngefäßwände; arteriosklerotische Veränderungen an Herz, Nieren usw. Diffuse kortikale Herde, subkortikale mikroskopisch kleine arteriosklerotische Herde.

3. Diese Symptome geben die Differentialdiagnose ab zur progressiven Paralyse und senilen Demenz und nähern der arteriosklerotischen Psychose gewisse Fälle von Melancholia anxiosa, Dementia praesenilis, Presbyophrenie, Korsakowscher Psychose und Epilepsia tarda.

Auf Grund der Sklerose der Hirnarterien am Ende der 40er Lebensjahre kann eine Art von Psychose beobachtet werden, die weder der Paralyse noch der Altersdemenz eingereiht werden kann. — **Fischer** (177),



der diesbezüglich eingehende Beobachtungen anstellte, kann einen einheitlichen ganz abgegrenzten klinischen Verlauf dieser Psychose feststellen. — Dieses Leiden setzt mit Schwindel, Kopfschmerzen, Parästhesien in den Gliedern und flüchtigen Sprachstörungen ein. Der spätere Verlauf dieser Psychose zeigt zwei Typen. Zum ersten Typus gehören jene Fälle, welche mit Hirnblutungen verbunden sind. Die motorischen Ausfallserscheinungen können flüchtiger Natur sein, können aber auch ständig bleiben. Die öfters sich wiederholenden Blutungen führen zur progredierenden Demenz, schließlich kommt es zur vollständigen Verödung des Gemütslebens. Der Tod kann infolge eines apoplektischen Insultes oder Marasmus eintreten. Beim zweiten Typus der arteriosklerotischen Psychosen sind keine wesentliche Hirnblutungen vorhanden, sondern infolge kleiner Embolien werden verschiedene Partien des Gehirns aus der Blutzirkulation ausgeschaltet; es kommt zu kleinen Erweichungen im Gehirn, welche kleinere oder größere Ausfallserscheinungen verursachen. Demzufolge kommt die Gedächtnisschwäche allmählich zum Vorschein, und es stellt sich schließlich ein Bild ein, welches der Altersdemenz sehr ähnlich ist. Verf. hebt besonders hervor, daß im Gegensatze zur Paralyse bei dieser Psychose der Patient seiner Krankheit bis zum letzten Stadium immer bewußt ist, niemals Größenwahnideen hat, und daß Euphorie und Pupillenstarre nie festgestellt werden kann; hingegen aber sind die Erregungszustände sehr häufig mit Halluzinationen und Illusionen verbunden. Schließlich weist Verf. auf die große forensische Wichtigkeit dieser Psychose hin. (*Hudovernig.*)

Spielmeyer (179) geht bei seinen Darstellungen, soweit es auf Grundlage der heutigen Erfolge der Hirnanatomie möglich ist, von anatomischen Grundlagen aus, und zwar bespricht er zunächst nach einleitenden Darlegungen über den Begriff des „Alterns“ die gewöhnliche senile Demenz. Er hält sich bei diesen Darstellungen nicht mit der allgemeinen Symptomatologie auf, sondern legt im Hinblick auf die Leser, für die das Handbuch bestimmt ist, mehr das Gewicht auf nicht so häufig auftretende Erscheinungen, hauptsächlich aber auch auf Differentialdiagnose und die forensische Bedeutung der senilen Demenz.

Im Anschluß daran bringt er die atypischen Formen dieser Krankheit, schildert die umschriebene senile Hirnatrophie (Pick), die Alzheimersche atypische senile Demenz.

Der zweite Hauptteil seiner Abhandlung ist den arteriosklerotischen Seelenstörungen gewidmet. Besonders eingehend beschäftigt sich Verf. mit der von Windscheid als die nervöse Form der Arteriosklerose bezeichneten Erkrankung, die ja von besonderer differentialdiagnostischer Bedeutung gegenüber der Neurasthenie ist. Eingehender als bei der senilen Demenz stellt Verf. hier die in Betracht kommenden Unterscheidungsmerkmale dar, er verweist mit besonderem Nachdruck auf die so wertvollen modernen Untersuchungshilfsmittel, auf die chemisch-zytologische Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei Arteriosklerose. Ein weiterer Teil dieses Abschnitts ist der Behandlung der Arteriosklerose gewidmet.

Alsdann gibt Verf. in einem Kapitel die Schilderung einiger eigenartiger organischer Psychosen, deren Grundlagen zum Teil auf eigenen Beobachtungen beruhen. Anatomisch handelt es sich bei der erst geschilderten Gruppe um eine lokalisierte schwere Rindenatrophie mit einer besonders auffälligen, massigen Gliawucherung. Im klinischen Sinn waren die beobachteten Fälle weder im Gebiet der Demenz noch in dem der Arteriosklerose zu lokalisieren, und es ist fraglich, ob sie wirklich in das Gebiet des Rückbildungs- und Greisenalters verwiesen werden können. In der zweiten Gruppe



zeigte sich ein hauptsächliches Hervortreten neurologischer Symptome, die von vornherein den Prozeß als einen grob anatomischen kennzeichneten. Der eine Fall dieser Gruppe hatte noch eine interessante Eigentümlichkeit. Eine auftretende spastische Paraplegie, die intra vitam unbedingt mit entsprechenden Störungen des Pyramidenbahnsystems in Zusammenhang gebracht werden mußte, zeigte dieses bei der anatomischen Untersuchung durchaus unverletzt. Verfasser glaubt infolgedessen, die zentrale Veränderung, die der Paraplegie zugrunde liegt, in einer Rindenerkrankung oberhalb des eigentlichen motorischen Projektionssystems suchen zu müssen, so wie er das früher für die nach ihm so genannte intrakortikale Hemiplegie gezeigt habe. Der Fall sei deshalb auch von Wichtigkeit, weil er zeige, daß die sogenannte Greisenparaplegie die allerverschiedensten anatomischen Ursachen habe.

Am Schluß dieses Kapitels nimmt er noch Bezug auf von Kraepelin im Kapitel präseniles Irresein geschilderten Krankheitsbilder und betont im Anschluß an diesen nochmals, daß die offenbar so notwendige Klärung der verschiedenartigen, im Rückbildungs- und Greisenalter auftretenden Krankheitsprozesse in erster Linie von der Anatomie zu erwarten sein dürfte, da es unmöglich erscheint, in Anbetracht der außergewöhnlichen Mannigfaltigkeit ihrer klinischen Gestaltung sich hier ohne die Führung der pathologischen Anatomie zurechtzufinden.

Der letzte Abschnitt seines Buches ist den andern funktionellen Psychosen des höheren Lebensalters gewidmet.

Dieses Kapitel schildert die depressiven und paranoiden Zustände des höheren Lebensalters und bringt eine Darstellung der Auffassungen Kraepelins, Gaupps u. a. Auch hier glaubt sich Verf. einer Meinung enthalten zu sollen, bis wenigstens die anatomischen Grundtatsachen aus einer histologischen Verarbeitung entsprechenden Materials gewonnen sind. (*Cordes.*)

Kriminelle Anthropologie.

Ref.: Dr. L. M. Kötscher-Zschadrass b. Colditz.

1. **Aaron, Albert**, Unzüchtige Handlungen mit Kindern (§ 176 Ziffer 3 R.St.G.B.). Inaug.-Dissert. Giessen.
2. **Abbott, Edwin M.**, Indeterminate Sentence and Release on Parole (Report of Committee F. of the Institute). Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 4. p. 543.
3. **Abels, A.**, Seltene Verbrechens-Motive. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 3—4. p. 218.
4. Derselbe, Unrichtige Zeitungsnotizen. ibidem. Bd. 50. H. 3/4. p. 320.
5. Derselbe, Arzneimittel zur Erregung des Geschlechtstriebes. I. Kanthariden. ibidem. Bd. 50. H. 3/4. p. 201.
6. **Adam, F.**, Pudeur morbide chez un jeune soldat. Le Caducée. No. 12. p. 160.
7. **Adam, J. G.**, and Mc Gill, A Study in Eugenics: „Unto the Third and Fourth Generation". The Lancet. II. p. 1199.
8. **Adam, Walter**, Der Rückfall im Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch unter Berücksichtigung des schweizerischen und österreichischen Vorentwurfs, sowie des Deutschen Gegenentwurfs. Bd. I. Berlin. Struppe & Winkler.
9. **Adler**, Zur Psychologie der mangelnden Geschlechtsempfindung des Weibes (J. J. Rousseaus „Femme de glace" — Frau von Warens). Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 313. **(Sitzungsbericht.)**
10. **Adler, Otto**, Die frigide Frau. Sexual-Probleme. No. 1. p. 5.
11. **Agostini**, Discorso di chiusura. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 274 (**(Sitzungsbericht.)**
12. **Aigner, E.**, Im ärztlichen Konstatierungsbüro in Lourdes. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 51. p. 2819.
13. **Alaize, P.**, Impulsions sexuelles. Revue de méd. légale. **19. 68.**



14. Albrecht, Selbstbiographie eines Wechselfahrers. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 1—2. p. 53.
15. Alsberg, Max, Der Fall des Marquis des Bayros und Dr. Semerau. Ein Beitrag zur Lehre von der unzüchtigen Schrift und unzüchtigen Darstellung. Berlin. 1911. Alfred Pulvermacher.
16. Amaldi, Il disegno di legge Luzzatti contro l'alcoolismo. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 71. **(Sitzungsbericht.)**
17. Ameline, Note sur la résistance de l'organisme à l'action de la dégénérescence mentale héréditaire et de l'infection tuberculeuse, avec l'age. Revue neurol. No. 11. p. 778. **(Sitzungsbericht.)**
18. Anton, Mädchen mit prämaturer Entwicklung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1016. **(Sitzungsbericht.)**
19. Anton, G., Über die Formen der krankhaften moralischen Abartung. Zeitschr. f. Kinderforsch. **17.** 385.
20. Aoki, T., Zur Frage „Tätowierung und Syphilis". Dermatolog. Zeitschr. Bd. 19. H. 6. p. 508.
21. Aron, W., Goethes Stellung zum Aberglauben. Universitätsschrift. Breslau.
22. Arzt, Leopold, Zur Kenntnis des „fraglichen Geschlechtes" (homines neutrius generis) (Virchow). Wiener klin. Wochenschr. No. 6. p. 232.
23. Aschaffenburg, Gustav, Degenerationspsychosen und Dementia praecox bei Kriminellen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 14. H. 1. p. 83.
24. Derselbe, Geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke. Verhandl. d. VII. Internat. Congr. f. Krim.-Anthrop. Köln. 9—13. Oct. 1911.
25. Derselbe, Bericht über die Sitzungen des VII. Internat. Kongr. f. Kriminalanthropologie. ibidem.
26. Derselbe, Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke. Berlin. Guttentag.
27. Derselbe, Kriminalpsychologie und gerichtliche Medizin. Zeitschr. f. die ges. Strafrechtswissenschaften. 1911/12. p. 763.
28. Aschrott, P. F., Die Schutzaufsicht in einem neuen deutschen Strafrecht. Berlin. J. Guttentag.
29. Asnaurow, Felix, Der Selbstmord auf sexueller Basis. Sexual-Probleme. Sept. p. 621.
30. Axenfeld, Theodor, Blindsein und Blindenfürsorge. 2. vermehrte Auflage. Freiburg. Speyer & Kaerner.
31. Ayarragaray, L., La constitucíon étnica Argentina y sus problemas. Arch. de Psiquiatria. **11.** 22.
32. Bachrach, Adolf, Recht und Phantasie. Aus der eigenen Werkstatt. Leipzig-Wien. Hugo Heller & Co.
33. Back, Georg, Sexuelle Verirrungen des Menschen und der Natur. Berlin. Standard Verlag.
34. Bacuchle, Alfred, Untauglicher Versuch und Wahnverbrechen. Universitätsschrift. Erlangen.
35. Baldwin, William H., The Court of Domestic Relations of Chicago. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 3. p. 400.
36. Ball, C. F., Heredity, Criminality and Medical Inspection of Schools. Vermont Med. Monthly. Sept. 15.
37. Baltzer, K. S., Zur Kasuistik der zufälligen Erhängungen. Aus dem Russischen übersetzt und bearbeitet von Curt von Dehn. Riga. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 47. H. 3/4. p. 319.
38. Barr, Martin W., The Asexualization of the Unfit. The Alienist and Neurologist. Vol. XXXIII. No. 1. p. 1.
39. Bartholomäus, Gemeinschaftskoller. (Sprechsaal.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 5. p. 302.
40. Bartlett, G. N., The Genealogy of a Case of Criminality with Insanity, with the Clinical Notes. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 317.
41. Battaglini, Giulio Q., Some Fundamental Problems of Criminal Politics. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 3. p. 347.
42. Bauer, Arthur, La conscience collective et la morale. Paris. F. Alcan.
43. Bayer, Heinrich, Ueber Vererbung und Rassenhygiene. Jena. G. Fischer.
44. Beaussart, P., Une famille de dégénérés à reactions antisociales. Ann. d'Hygiène publique. 4. S. T. XVII. p. 539.
45. Bechterew, v., Über Alkoholsanierung. Russ. Arzt. **11.** 1449.
46. Becker, Wern. H., Medizinische Unmöglichkeiten in modernen Romanen. Die Umschau. No. 13. p. 270.
47. Bell, C., Hereditary Criminality and Asexualization of Criminals. Denver Med. Times and Utah Med. Journ. April.



48. Belletrud, et Froissart, Un Vagabond. Instabilité constitutionnelle. Vagabondage à l'âge adulte. Ivresse fréquente. Etat de besoin pour l'alcool déterminant de grands déplacements. Internements multiples soit par paresse, soit pour se protéger contre lui-même. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. I. Mars. p. 137.
49. Benders, A. M., Elemente der Erblichkeitslehre. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **56.** II. 1446.
50. Benn, Gottfried, Morgue und andere Gedichte. Berlin-Wilmersdorf. A. R. Meyer.
51. Bercio, Die Strafe als Arzt. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 47. H. 3/4. p. 313.
52. Bérillion, L'instinct et la pathologie générale. Gaz. des hôpitaux. p. 1134. **(Sitzungsbericht.)**
53. Berkusky, H., Vernichtungszauber. Archiv f. Anthropologie. N. F. Bd. XI. H. 1/2. p. 88.
54. Derselbe, Die sexuelle Moral der primitiven Stämme Indonesiens. Sexual-Probleme. Nov.-Dez. p. 781. 843.
55. Bernheim, W., und Glück, A., Beitrag zur Frage: Syphilis und Tätowierung. Dermatolog. Centralbl. XV. Jahrg. No. 6.
56. Berti, Giovanni, Intorno agli immaturi. „Lucina". No. 9.
57. Biauté, Une expertise pour conseil de guerre. Ann. médico-psychol. 10. S. T. I. p. 166.
58. Derselbe, Le délire. Gaz. méd. de Nantes. 1911. No. 44.
59. Bieck, E., Prostata und Psyche. Arch. f. Dermatologie. Bd. CXIII. p. 129.
60. Bilancioni, Guglielmo, Storia della Medicina. Una controversia: Cesalpino od Harvey? Il Policlinico. No. 46.
61. Blau, Über Krankheitsvortäuschung und Selbstverstümmelung. **(Sammelreferat** III.) Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 20. p. 779—788.
62. Bleuler, E., Eine kasuistische Mitteilung zur kindlichen Theorie der Sexualvorgänge. Jahrb. f. psychoanal. Forsch. **3.** 467.
63. Bloch, Iwan, Vor hundert Jahren. II. Medizin. Klinik. No. 31. p. 1296. No. 34. p. 1409.
64. Derselbe, Handbuch der gesamten Sexualwissenschaft in Einzeldarstellungen. I. Die Prostitution. Berlin. Louis Marcus.
65. Derselbe, Ueber den Begriff der Prostitution. Moderne Medizin. No. 12. p. 255.
66. Blüher, Hans, „Niels Lyhne" von J. P. Jakobsen und das Problem der Bisexualität. Eine literaturkritische Studie. Imago. Bd. I. H. 4. p. 386.
67. Bluhm, Agnes, Hygiène de la race et obstétrique médicale. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 263. **(Sitzungsbericht.)**
68. Bodey, Eugenie und Elementarschulerziehung. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2343.
69. Boigey, J. M., Le paupérisme et la lutte contre la misère. Arch. d'Anthropol. crim. T. 27. p. 321.
70. Boltenstern, v., Der Geburtsrückgang in Deutschland. Aerztl. Rundschau. No. 47. p. 553.
71. Bonger, W. A., Über die sozialen Faktoren des Verbrechens und ihre Bedeutung im Vergleiche mit den individuellen Ursachen. Psych. jurid. Ges. Febr.
72. Bonhomme, J., Les déséquilibrés insociables à internements discontinus. Paris. 1911. Steinheil.
73. Bonnet, J., Un acte de vandalisme au Louvre. Etat mental de son auteur. Ann. méd.-psychol. 10. S. Vol. II. p. 556. **(Sitzungsbericht.)**
74. Booth, M., Need for Educating Public Opinion on Problem of Feeble-Minded. Australasian Med. Gazette. Oct. 12.
75. Bornträger, J., Der Geburtsrückgang in Deutschland. Seine Bewertung und Bekämpfung. Auf Grund amtlichen und ausseramtlichen Materials. Würzburg. C. Kabitzsch.
76. Botte, G., Le suicide dans l'armée. Etude statistique, étiologique et prophylactique. Thèse de Lyon.
77. Bowers, P. E., Criminal Insane. Journ. of Indiana State Med. Assoc. April 15.
78. Braibant, Maurice, La question des Nomades. L'Assistance. Nov. p. 215.
79. Bratt, Gahn, Key-Åberg, Kjellberg och A. Petrén, Alkoholen och samhället. Svenska läkaresällskapets förhandlingar. Hygiea. Jahrg. 74.
80. Brendeler, Van den, De Kerk en de Doodstraf. Amsterdam. Olivier o. J.
81. Bresslau, Ernst, Ueber Hyperthelie. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 51. p. 2793.
82. Breyer, Die Berufsvormundschaft über die unehelichen Kinder in den Städten und auf dem Lande. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. Nov. p. 461.
83. Briand, Marcel, et Vinchon, Les cocaïnomanes à Montmartre. Le Temps. 27. nov.
84. Brill, A. A., Anal Erotism and Character. Journ. of Abnormal Psychol. **3.** 196.
85. Derselbe, The Oedipus Complex. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 18. p. 881.
86. Broda, Rodolphe, Das Problem der Ehescheidung. Sexual-Probleme. Mai. p. 329.



87. Broman, Ivar, Über geschlechtliche Sterilität und ihre Ursachen. Nebst einem Anhang über künstliche Befruchtung bei Tieren und den Menschen. Ein Vortrag. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
88. Brown, Philip King, The Neurotic Basis of Juvenile Delinquency, with a Study of Some Special Cases, Mostly from the San Francisco Juvenile Court. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 3. p. 184.
89. Brush, A. C., Medical Expert and Proposed Changes in Law Governing Defense of Insanity in Homicide Cases. New York State Journal of Medicine. Aug.
90. Bruyker, C. de, Vererbung erworbener Eigenschaften. Geneesk. Tijdschr. v. Belgie. 3. 185.
91. Bucceri, Francesco, Peculiarità di vita sessuale nella gleba dell'alto Appennino pistoiese. Arch. di Antropol. crim. T. 33. fasc. 1—2. p. 119.
92. Bucciante, Pazzia morale e legge penale militare. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 246. **(Sitzungsbericht.)**
93. Derselbe, Profilassi della delinquenza nell'esercito. ibidem. p. 248.
94. Budge, Siegfried, Das Malthussche Bevölkerungsgesetz und die theoretische Nationalökonomie der letzten Jahrzehnte. Inaug.-Dissert. Freiburg i. B.
95. Burdach, Konrad, Faust und Moses. Sitzungsber. d. Kgl. Preuss. Akad. d. Wissensch. XXXVIII. p. 736.
96. Busse, Arthur, Die gewerbs- und gewohnheitsmässigen Verbrechen und ihre Behandlung. Ein Beitrag zur Frage der sichernden Massnahmen. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
97. Buttersack, Ärztliche Heilige in der Bretagne. Fortschritte der Medizin. No. 8. p. 225.
98. Cabannès, Marat inconnu: L'homme privé, le médecin, le savant. Paris. Albin Michel.
99. Calder, D. H., Statutory Eugenics. Northwest Medicine. Dec.
100. Carey, H. M., Compulsory Segregation and Sterilization of the Feeble-Minded and Epileptic. Epilepsia. Bd. IV. H. 1. p. 86.
101. Cauzons, Th. de, La magie et la sorcellerie en France. Tome IV. Libr. Dorbou-ainé. Paris.
102. Charuel et Haury, Un aliéné en liberté. Un persécuté reconnu tel par toutes les autorités pendant plusieurs années et non interné. Nécessité d'une protection sociale contre ces aliénés dangereux. Arch. d'Anthrop. crim. T. XXVII. p. 191.
103. Christidi, L'opiophagie chez les nourrissons et jeunes enfants en Perse. Gaz. méd. de Paris. No. 160. p. 262.
104. Clark, C. M., Plea for Sterilization of Criminals, Epileptics, Imbeciles and Insane. Northwest Medicine. Dec.
105. Clarke, Geoffrey, Sterilisation from the Eugenic Standpoint, with Heredity Statistics from the Long-Grove Asylum. Clinical Records. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. No. 1. p. 48.
106. Cleric, G. F. v., Die Todesstrafe vor dem Schweizerischen Juristentage. Arch. f. die ges. Strafrechtswiss. Bd. 34. p. 434. **(Sitzungsbericht.)**
107. Cleu, Hubert, La maladie du cardinal de Richelieu. Revue de Médecine. No. 3. p. 194.
108. Colin, H., Le quartier de sureté de Villejuif (aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles). Ann. méd.-psychol. 10. S. T. II. p. 370. 540.
109. Derselbe, Un cas d'uranisme. Crime passionnel commis par l'inverti. Présentation du malade. ibidem. 1913. X. S. T. III. No. 1. p. 69. **(Sitzungsbericht.)**
110. Colombier, G., Notes cliniques sur cent quatre-vingt-douze criminelles. Contribution à l'étude de la criminalité juvénile. Thèse de Bordeaux.
111. Connolly, John M., Heredity: With Special References to the Law of Gregor Johann Mendel. The Boston Med. and Surgical Journal. Vol. CLXVII. No. 23—24. p. 791. 836.
112. Consiglio, P., Studii di Psichiatria militare. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. fasc. 2—3. p. 370.
113. Derselbe, C. Lombroso et la médecine militaire: la folie des militaires en campagne. Annales du manicome de Pérouse.
114. Derselbe, L'alcoolismo nell' esercito. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 93. **(Sitzungsbericht.)**
115. Derselbe, La profilassi morale nell' esercito. ibidem. Vol. 38. p. 249. **(Sitzungsbericht.)**
116. Derselbe, La pazzia nei militari in guerra. ibidem. p. 253.
117. Derselbe, La mentalità degli epilettici. ibidem. p. 256.
118. Corberi, G., e Gonzales, P., Perizia psichiatrica su di un delinquente ricoverato nel manicomio di Milano. Arch. di Antropol. crim. Vol. 33. fasc. 4—5. p. 383. 501.
119. Courbon, Paul, L'atavisme ou zoanthropoïdisme mental. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. p. 203. **(Sitzungsbericht.)**
120. Crothers, T. D., Diseases and Degenerations Due Directly to Alcohol. Virginia Med. Semi-Monthly. March.
121. Derselbe, Medical Studies of the Alcoholic Problem. Medical Record. Vol. 81. No. 26. p. 122.



122. Crowell, Chester T., The Burrell Oates Case. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 3. p. 407.
123. Crzellitzer, Arthur, Der gegenwärtige Stand der Familienforschung. Sexual-Probleme. April. p. 221.
124. Derselbe, Methodik der graphischen Darstellung der Verwandtschaft mit besonderer Berücksichtigung von Familien-Karten und Familien-Stammbüchern. Klinik f. psych. und nervöse Krankh. Bd. VII. p. 174. **(Sitzungsbericht.)**
125. Cullerre, A., Les Richelieu et les Condé. Arch. d'Anthrop. crim. T. XXVII. p. 241.
126. Derselbe, Les psychoses dans l'histoire. Arch. de Neurol. 10 S. Vol. I. No. 4—6. p. 229. 299. 359. Vol. II. No. 1—3. p. 23. 89. 162. 211.
127. Cummins, E., Sleeping Out with Comfort. Journ. of Outdoor Life. Nov.
128. Cuyer, Edouard, Applications artistiques du signalement anthropométrique et du portrait parlé d'après la méthode de M. Alphonse Bertillon. Le Progrès médical. No. 29. p. 358.
129. Cuylits, La mère de Charles-Quint, Jeanne de Castille, dite la Folle fût-elle réellement aliénée. Bull. Soc. de Méd. ment. de Belgique. 299.
130. Dalché, Paul, Quelques accidents généraux de la vie génitale de la femme leurs rapports avec les dystrophies polyglandulaires. Pathogénie. Traitement. Gaz. des hôpit. No. 47—48. p. 689. 705.
131. Daniel, A. W., Some Statistics about Sterilisation of the Insane. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. No. 1. p. 62.
132. Danneman, Die Bedeutung der Vererbung für das Zustandekommen von Geistes- und Nervenkrankheiten. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VII. p. 168. **(Sitzungsbericht.)**
133. Dartigues, De l'impuissance génitale. Gaz. des hopitaux. p. 888. **(Sitzungsbericht.)**
134. Dattner, D., Federn, P., Ferenczi, S., Freud, S., Friedjung, J. K., Hitschmann, E., Rank, O., Reiter, R., Rosenstein, G., Sachs, H., Sadger, J., Steiner, M., Stekel, W., Tausk, V., Die Onanie. 14 Beiträge zu einer Diskussion der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
135. Davenport, C. B., Lois et coutumes relatives au mariage. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 189. **(Sitzungsbericht.)**
136. Derselbe, Heredity in Nervous Disease and its Social Bearings. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 24. p. 2141.
137. Déack, St., Ein Fall von Pyromanie, bedingt durch Ascaris lumbricoides. Orvosi Hetilap 1911. No. 32.
138. Decknatel, J. W., Psychopathen im Heere und bei der Marine. Psych.-jurid. Ges.
139. Dehio, Die Alkoholfrage. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. 1913. p. 89. **(Sitzungsbericht.)**
140. Dehn, Curt, Für Einbruchsdiebstahl — ein Verweis. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 1/2. p. 164.
141. Deichert, H., Zur Geschichte des Hexenwahns. Medizin. Klinik. No. 43. p. 1765.
142. Delany-Barbour, Isabelle, Sex Hygiene in Relation to Eugenics. New York Med. Journal. Vol. XCV. No. 13. p. 646.
143. Delfino, V., El alcolismo. Semana medica. Febr. 22.
144. Derselbe, V., Alcoholism in the Argentine Republic. ibidem. Oct.
145. Derselbe, Una nueva ciencia. ibidem. Dec. 5.
146. Dettling, Trois cas de gynécomastie primitive. Gaz. des hôpitaux. p. 1133. **(Sitzungsbericht.)**
147. Dide, Les idéalistes passionés. Paris. F. Alcan.
148. Diller, Theodore, The Menace to the Public by Feeble-Minded Persons Living Outside Institutions. The Cleveland Med. Journal. Vol. XI. No. 6. p. 420.
149. Dittrich, Widerlegung eines Schriftexperten-Gutachtens in einem Falle von Verleumdung durch anonyme Schriften. Groß' Archiv. Bd. 46. p. 146ff.
150. Dix, A., Alkoholismus und Arbeiterschaft. Zeitschr. f. Sozialwissensch. 1911. N. F. 2. 531.
151. Dodel, Wilhelm, Beitrag zu der Geschichte der sadistischen Verbrechen. Inaug.-Dissert. Berlin.
152. Dolenc, Method, Anthropoliogisches aus der Geschichte einer Wallfahrtsstätte. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 45. H. 3—4. p. 273.
153. Derselbe, Beiträge zur Erkenntnis der Todesstrafe. ibidem. Bd. 46. H. 3/4. p. 315.
154. Derselbe, Das Lebensende der „Heiligen". (Nachtrag zum Bericht in Bd. 34. p. 1—11 dieses Archivs.) ibidem. Bd. 50. H. 3/4. p. 300.
155. Dorado, Pedro, La psicologia criminal en nuestro derecho legislado. Madrid. 1911. Hijos de Reus.
156. Dotti, G. A., Die Drehlade für Findlinge in Italien. Zeitschr. f. Säuglingsschutz. H. 5. p. 183.
157. Drake, F. J., National Importance of Eugenics. Wisconsin Med. Journal. Oct.



158. Driesmans, H., Zur Biologie der jüdischen Rasse. Polit.-anthropol. Revue. p. 149.
159. Dück-Dittrich, Paul, Widerlegung eines Schriftexperten-Gutachtens in einem Falle von Verleumdung durch anonyme Schriften. Entgegnung. Gross' Archiv. Bd. 46. p. 146 ff. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 50. H. 1/2. p. 62. (cf. No. 149.)
160. Dück, Die Mikrophotographie im Dienste der Rechtsprechung. Die Umschau. No. 44.
161. Dunn, Frank K., Delays in Courts of Review in Criminal Cases. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 6. p. 843.
162. Dupouy, Les Opiomanes. Mangeurs, Buveurs, Fumeurs d'opium. Etude médico-littéraire. Préface du prof. Regis. Paris. Félix Alcan.
163. Dupré, Les perversions instinctives. Arch. d'Anthropol. crim. T. 27. p. 502.
164. Ebstein, Wilhelm, Die Weiberscheu als Krankheitszustand. Neurol. Centralbl. No. 1. p. 3.
165. Echte, Karl, Die Fürsorgeerziehung nach sächsischem Rechte und ihre Einwirkung auf die elterliche Gewalt. Inaug.-Dissert. Leipzig.
166. Eckert, Zur Frage der Selbstentmannung. Groß' Archiv. Bd. 46. p. 287.
167. Edson, Andrew W., How far Shall the Public School System Care for the Feeble Minded? Bull. Amer. Acad. of Medicine. 13. 185.
168. Egenberger, R., Die Lehr- und Arbeitskolonie für Schwachbegabte als Mittel gegen die Durchdringung unseres Volkes mit unheilbar Minderwertigen. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Juli/Aug. p. 241.
169. Eichberg, Franz, Die Photogrammetrie bei kriminalistischen Tatbestandsaufnahmen. Encyklopädie der Photographie. Heft 76. Halle a. S. 1911. Wilhelm Knapp.
170. Eisenstadt, Stillfähigkeit und Psychiatrie. Fortschr. d. Medizin. No. 2. p. 33.
171. Ellis, Havelock, Rassenhygiene und Volksgesundheit. Deutsche Ausgabe von Hans Kurella. Würzburg. C. Kabitsch.
172. Ellison, W. A., Plea for Isolation of Criminal Insane. Journ. of Med. Association of Georgia. Jan.
173. Ellwood, Charles A., Lombrosos Theory of Crime. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 5. p. 716.
174. Elsner, Paul, Die psychiatrische Gefahr. Splitter und Balken aus dem modernen Irrenwesen. Heidelberg. Jünger & Co.
175. Engel, Siegmund, Grundfragen des Kinderschutzes. Dresden. O. V. Böhmert.
176. Engelhardt, von, Die Alkoholfrage in individual- und sozialhygienischer Beleuchtung. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 21. p. 316.
177. Erhard, Fr., Der eugenische Kongress. Aerztl. Rundschau. No. 36. p. 421.
178. Erikson, E., Über Gynandromorphismus bei Tieren und beim Menschen. Revue f. Psych. (russ.) 17. 204.
179. Eulenburg, A., Aus dem Gebiete der Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform (1911. 1912.) Medizin. Klinik. No. 15. p. 624.
180. Derselbe, Neuere Arbeiten über Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform (1912). **Sammelreferat.** ibidem. 1913. No. 13. p. 510.
181. Fehlinger, H., Englische Gesetzgebung wider die Unsittlichkeit. Sexual-Probleme. April. p. 262.
182. Derselbe, Koloniale Mischehen in biologischer Beziehung. ibidem. Juni. p. 373.
183. Derselbe, Erwerbsarbeit und Kriminalität von Kindern und Frauen in den Vereinigten Staaten. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 3—4. p. 196.
184. Derselbe, Aus der englischen Kriminalstatistik. ibidem. Bd. 48. H. 1/2. p. 130.
185. Feisenberger, Ein Fall, der zu denken gibt. ibidem. Bd. 47. H. 1—2. p. 60.
186. Fernald, G. G., Massachusetts Reformatory Method of Differentiating Defective Delinquents. Boston Med. and Surg. Journ. July 25.
187. Derselbe, The Defective Delinquent Class Differentiating Tests. The Amer. Journ. of Insanity. 68. 523.
188. Fernau, H., Die Liebe und die Frauen in China. Polit.-anthropol. Revue. No. 1. p. 46.
189. Ferrari, Robert, The Immigrant in the New York County Criminal Courts. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminology. Vol. III. No. 2. p. 194.
190. Derselbe, Criminal Law for Man. ibidem.
191. Fillassier, Anomalies congénitales. Sein supplémentaire. Arch. de Neurol. 10. S. T. II. p. 57. **(Sitzungsbericht.)**
192. Finkelnburg, Karl, Die Bestraften in Deutschland. Ein Ermittelungsversuch, wieviele Millionen der deutschen Reichsbevölkerung wegen Verbrechen oder Vergehen gegen Reichsgesetze bestraft sind. Berlin. J. Guttentag.
193. Flade, Erich, Zur Alkoholfrage. Hygienische Rundschau. No. 1. p. 1. No. 19. p. 1221.
194. Flaig, J., Alkohol und Schule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 10. p. 682.
195. Flint, Austin, Sexual Crimes. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 5. p. 207.
196. Florowsky, Zur Kasuistik der Schädelstichwunden. Groß' Archiv. Bd. 49. p. 359 ff.



197. Florschütz, Aus den Papieren einer Lebensversicherungsgesellschaft. a) Tod durch perverse Geschlechtsakte — b) scheinbarer Selbstmord. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 19. p. 385.
198. Derselbe, Mord oder Selbstmord? ibidem. No. 24. p. 493.
199. Flügel, J. C., Neo-Malthusianism and Some Results of Modern Psycho-Pathology. The Malthusian. p. 44. 49.
200. Foerster, F. W., Schuld und Sühne. Einige psychologische und pädagogische Grundfragen des Verbrecherproblems und der Jugendfürsorge. München. 1911. C. H. Beck.
201. Forel, A., Alkohol und Keimzellen. (Blastophorische Entartung.) Kongr. gegen den Alkoholismus zu Haag. 13. Sept. 1911.
202. Forster, Fall von pathologischem Suicidversuch. Berl. klin. Wochenschr. p. 1005 **(Sitzungsbericht.)**
203. Franz, V., Moderne Gesichtspunkte in der Abstammungslehre. Medizin. Klinik. No. 4. p. 147.
204. Derselbe, Sexualia aus dem Tierreiche. ibidem. No. 17. p. 698.
205. Freud, S., Über einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker. I. Die Inzestscheu. Imago. No. 1. p. 17.
206. Frey, Svenson, Psychopathische Verbrecher. II. Vagabund, Dieb, mehrfacher Mörder (hingerichtet 1900). Arch. f. Kriminalanthropol., Bd. 45. H. 3—4. p. 197.
207. Freyer, W., Prostituierten-Ehen. Sexual-Probleme. Mai. p. 293.
208. Friedenberger, Alfred, Die Schwermut in Lenaus Leben. Inaug.-Dissert. Greifswald.
209. Friedjung, Josef K., Beobachtungen über kindliche Onanie. Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. IV. H. 4. p. 341.
210. Friedländer, Hugo, Interessante Kriminalprozesse von kulturhistorischer Bedeutung. Bd. VIII. Berlin. Hans Barsdorf.
211. Friedrich, J., Über Mischehen zwischen Weissen und Farbigen in den deutschen Schutzgebieten. Polit. anthropol. Revue. XI. Jahrg. No. 8. p. 432.
212. Frost, H. P., State Care of Bostons Insane. Amer. Journal of Insanity. Oct.
213. Fuchs, Illustrierte Sittengeschichte. Dritter Band. Das bürgerliche Zeitalter. Albert Langen, München.
214. Fuchs, A., Tierquälerei und Aberglaube. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 1—2. p. 50.
215. Derselbe, Körperliche Missbildung als Fetisch. ibidem. Bd. 50. H. 3/4. p. 297.
216. Fuller, Eugene, Sexual Disorders in the Male Clinically Considered. Medical Record. Vol. 81. No. 4. p. 151.
217. Fürth, Henriette, Die Psychologie der Frau. Sex. Probl. März.
218. Gallais, Alfred, Gigantisme et perversions sexuelles. Revue neurol. 1. S. p. 320. **(Sitzungsbericht.)**
219. Gamel, R., Chiqueurs, Mangeurs, Buveurs et Fumeurs d'Opium. Etude médico-sociale sur l'abus de l'Opium en France et dans les colonies françaises. Montpellier. Coulet et fils.
220. Ganter, Rudolf, Über die Beschaffenheit des Schädeldaches und über einige innere Degenerationszeichen. Inaug.-Dissert. Königsberg.
221. Garnier, S., Le crime de Roussillon et l'état mental de ses trois auteurs. Ann. médico-psychol. X. S. T. II. No. 1.—6. p. 31. 189. 343. 504.
222. Derselbe, L'affaire F. Ch., inculpé de Filouteries et d'Escroqueries. Allégation d'un état d'hypnose concomitant des délits. Responsabilité du prévenu. Condamnation. Arch. d'Anthrop. crim. T. 27. p. 810.
223. Gemmil, Procedure in Criminal Courts. Journ. of the Amer. Inst. for Criminal Law and Criminology. Vol. III. No. 2. p. 175.
224. Gemmill, Wilhelm N., and Higgins, William E., Criminal Procedure (Report of the Committee of the Institute). — Appendix to Report. ibidem. Vol. III. No. 4. p. 566. 577.
225. Genika, E., Die dritte Hysterieepidemie im Gouvernement Moskau. Psych. d. Gegenwart. (russ.) 6. 588.
226. Genty, Maurice, Le mort et les poètes. Le Progrès médical. No. 44. p. 551.
227. Ghiannoulatos, L'oracle de Delphes et la manie d'Apollo, étude historique et clinique. Thèse de Paris.
228. Gini, Corrado, Démographie et eugénique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 259. **(Sitzungsbericht.)**
229. Gisevius, Über Tierzüchtungsversuche. Neurol. Centralbl. p. 657. **(Sitzungsbericht.)**
230. Glos, Anton, Zur Frage der Verteidigungsform der Verbrecher. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 46. H. 3—4. p. 213.
231. Glueck, Bernard, A Contribution to the Catamnestic Study of the Juvenile Offender. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminology. Vol. III. No. 2. p. 220.
232. Goddard, Henry H., Sterilization and Segregation. Bull. Amer. Acad. of Medicine. 13. 210.



233. Goldberger, M., Die Kriminalität der Juden in Ungarn. Elmeorvosi Ertekezlet Munkálatai. **6.** 237.
234. Derselbe, Die Sterilisation der Geistiginvaliden. Neurol. Centralbl. p. 1448. **(Sitzungsbericht.)**
235. Gordon, G. J., Der Schülerselbstmord in Russland. Zeitschr. f. Kinderforsch. **17.** 468.
236. Goronzek, Leopold, Ueber Tätowierungen bei Soldaten. Inaug.-Dissert. Königsberg.
237. Grabe, E. v., Prostitution, Kriminalität und Psychopathie. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 48. H. 1/2. p. 135.
238. Graefe, M., Über den Rückgang der Geburtenzahl in Deutschland im allgemeinen, in Halle a. S. im besonderen und seine Ursachen. Prakt. Ergebn. d. Geburtshülfe. Bd. V. H. 1. p. 60.
239. Graf, Alfred, Schülerjahre. Erlebnisse und Urteile namhafter Zeitgenossen. Berlin-Schöneberg. Buchverlag der Hilfe.
240. Grasse, L'inversion sexuelle est-elle une maladie? La question du „sexe intermédiaire". Paris médical. 1911. No. 45. p. 402.
241. Grassl, Neomalthusianismus und das königlich bayrische statistische Landesamt. Zeitschrift f. Medizinalbeamte. No. 17. p. 637.
242. Grassmann, Karl, Sexualpädagogische Fragen. Münch. Médiz. Wochenschr. No. 33. p. 1815.
243. Greco, E. del, Il problema dei rapporti tra „Psicologia criminale" e „diritto". Il Manicomio. **27.** 21.
244. Derselbe, Sulle caratteristiche psicologiche del fanciullo anormale. ibidem. **27.** 21.
245. Greeley, Horace, Race Resistance. Medical Record. Vol 82. No. 6. p. 246.
246. Grober, Die Behandlung der Rassenschäden. Leipzig. B. G. Teubner.
247. Gronow, Elsner v., und Meyer, Otto, Bedingte Begnadigung und Militärstrafverfahren. Arch. f. Militärrecht. Bd. III. H. 6.
248. Gross, Hans, Die Iserlohner Dresseuranstalt für Polizeihunde. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 3/4. p. 232.
249. Derselbe, Akustische Erscheinungen und Kriminalistik. ibidem. Bd. 49. H. 3—4. p. 266.
250. Derselbe, Gewalt der Suggestion. ibidem. Bd. 49. H. 1—2. p. 185.
251. Derselbe, Letzte Handbewegung bei gewaltsamem Tode. ibidem. Bd. 50. H. 3/4. p. 199.
252. Groth, A., Über den Einfluss der beruflichen Gliederung des bayerischen Volkes auf die Entwicklung der Sterblichkeit und Fruchtbarkeit der letzten Jahrzehnte. Archiv f. Hygiene. Bd. 77. H. 1—3. p. 1.
253. Gruhle, Hans W., Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität. Studien zur Fage: Milieu oder Anlage. Berlin. Julius Springer.
254. Derselbe, Lebenslauf eines jungen Geigendiebes. Zeitschr. f. Jugendwohlfahrt. 1911. **2.** 40.
255. Gudden, Diebstähle infolge von Zwangsvorstellungen. Friedreichs Blätter für gerichtl. Med. 62. Jahrg. Heft VI.
256. Gummert, Über den Geburtenrückgang in Deutschland und seine Ursachen. Berl. klin. Wochenschr. p. 2293. **(Sitzungsbericht.)**
257. Günther, L., Beiträge zur Systematik und Psychologie des Rotwelsch und der ihm verwandten deutschen Geheimsprachen. II. Die Stände, Berufe und Gewerbe. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 46. H. 1—4. p. 1. 289. Bd. 47. H. 1—4. p. 131. 209. Bd. 48. H. 3/4. p. 311. Bd. 50. H. 1/4. p. 137. 340.
258. Gürtler, R., Jahresversammlung der Vereinigung zur Förderung des sächsischen Hilfsschulwesens. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 8. p. 145.
259. Guthrie, D. C., Race Suicide. Pennsylvania Med. Journ. Aug.
260. Haberkant, War Napoleon I. Epileptiker? **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2246.
261. Häberlin, P., Sexualgespenster. Sexual-Probleme. Febr. p. 96.
262. Habermann, The psychopathic Constitution. Medical Review of Reviews. March.
263. Haecker, Valentin, Einige Ergebnisse der Erblichkeitsforschung. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 27—28. p. 1292. 1342.
264. Haenel, Hans, Die Wohnung und der Lärm. ibidem. No. 10. p. 467.
265. Haenlein, Amerikanisches und deutsches Taubstummenwesen. Fürsorge für Schwerhörige. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1069.
266. Hahnemann, Arno, Die Fürsorgeerziehung nach dem sächsischen Gesetze vom 1. Februar 1909 unter Ber. der Novelle vom 1. Juni 1912. Inaug.-Dissert. Leipzig.
267. Haldy, Zur Psychologie der Strafanzeige. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 3/4. p. 340.
268. Hall, Albert H., Indeterminate Sentence and Release on Parole (Report of Commitee F. of the Institute). Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 6. p. 832.



269. Hallopeau, H., Prophylaxie de la syphilis héréditaire et son action eugénique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 261. **(Sitzungsbericht.)**
270. Hammer, Fr., Die Mendelsche Vererbung beim Menschen. Medizin. Klinik. No. 25. p. 1033.
271. Hammer, W., Über die Gesundheitsschädigungen langdauernder geschlechtlicher Enthaltsamkeit. Allg. Wiener mediz. Ztg. No. 40. p. 429.
272. Derselbe, Ueber Triebabweichungen. Vorbeugung und Behandlung. Fortschritte der Medizin. No. 49—50. p. 1537. 1569.
273. Derselbe und Römer, Die Bedeutung der Mendelschen Vererbungslehre. Neurol. Centralbl. p. 656. **(Sitzungsbericht.)**
274. Hammerschlag, Victor, Welches sind die Ursachen der Kinderlosigkeit und die Wege zu ihrer Abhilfe? Sexual-Probleme. März. p. 149.
275. Derselbe, Ueber die hereditäre Taubheit und die Gesetze ihrer Vererbung. Wiener klin. Wochenschr. 1910. No. 42.
276. Hanauer, W., Die Wertigkeit der Unehelichen. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 16. p. 325.
277. Derselbe, Neue „Argumente" für die Todesstrafe. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 6. p. 359.
278. Hansen, Soren, Accroissement de la taille dans certaines populations européennes. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 180. **(Sitzungsbericht.)**
279. Hanssen, Die Abnahme der Geburtenzahlen in den verschiedenen Bevölkerungsklassen und ihre Ursachen. Nach Untersuchungen in Schleswig-Holstein. Archiv f. soziale Medizin. Bd. VII. H. 4. p. 365.
280. Derselbe, Medizinisches bei Theodor Storm. Medizinisch-litterarische Studie. Kiel. W. Handorff.
281. Hänsel, Erfahrungen an nahezu 80 Sittlichkeitsverbrechern. Münch. Mediz. Wochenschr. 1913. p. 608. **(Sitzungsbericht.)**
282. Hárnik, J., Ein Beitrag zum Thema: „Infantile Sexualität". Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 1. p. 37.
283. Harris, J. Arthur, A First Study on the Influence of the Starvation of the Ascendants upon the Characteristics of the Descendants. II. The American Naturalist. Vol. XLVI. Nov. p. 656.
284. Harster, Theodor, Kriminaltechnisches. (Der Fall Sch.) Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 48. H. 1/2. p. 101.
285. Derselbe, Fahndungsarbeit und Ausland. ibidem. Bd. 48. H. 3/4. p. 371.
286. Hartmann, Zola auf der Anklagebank. Dtsch. Juristenzeitung. 1911. No. 14.
287. Haškovec, Lad., Neuropathologen als Schulärzte. Wiener klin. Wochenschr. No. 36. p. 1354.
288. Derselbe, Moderne eugenische Bewegung. Wiener klin. Rundschau. No. 39—42. p. 609. 643. 659.
289. Hasslauer, Wilhelm, Das Gehörorgan und die oberen Luftwege bei der Beurteilung der Militärdienstfähigkeit. Berlin. O. Coblentz.
290. Hauck, H., Balzac als Kriminalist. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 219.
291. Haury, Les apaches dans l'armée et leur traitement rationnel. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 382. **(Sitzungsbericht.)**
292. Healy, William, The Problem of Causation of Criminality. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 6. p. 849.
293. Heindl, Meine Reise nach den Strafkolonien. Berlin-Wien. Ullstein u. Comp. 1913.
294. Derselbe, Auf der Verbrecherinsel Neukaledonien. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 3/4. p. 247.
295. Hellwig, Albert, Zur Psychologie des polizeilichen Verhörs. (Sprechsaal.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 241.
296. Derselbe, Kriminalistische Abhandlungen. I. Daktyloskopie und Vaterschaft. II. Polizeiliche Vernehmung Jugendlicher. III. Misshandlung einer Hexe. IV. Eine suggestiv bewirkte Geruchsillusion. V. Der Kultus der Gehenkten. (Ein Kulturbild aus dem modernen Sizilien.) Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 1/2. p. 1.
297. Derselbe, Eine suggestiv bewirkte Geruchsillusion. ibidem. Bd. 50. H. 1/2. p. 165.
298. Henschen, S. E., I alkoholfrågan. Stockholm 1913. 85 S.
299. Hentig, v., Sichernde Massnahmen vor dem Verbrechen. (Nach den englischen Entwürfen zur Verwahrung geistig Minderwertiger.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 5. p. 277.
300. Derselbe, Bemerkungen zur englischen Kriminalistik. (Nach den amtlichen Berichten.) Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 1/2. p. 163.
301. Derselbe, Die verbrecherische Jugend nach den Kriminalstatistiken Englands und Frankreichs. Österreich. Zeitschr. f. Strafrecht. p. 388.



302. Hermann, Das moralische Fühlen und Begreifen bei Imbezillen und bei kriminellen Degenerierten. Ein Beitrag zur sog. Moral-insanity-Frage, sowie zur heilpädagogischen und strafrechtlichen Behandlung der Entarteten. Juristisch-psychiatr. Grenzfragen. VIII. H. 4—5. Halle a. S. C. Marhold.
303. Hermkes, Das Bewahrhaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen. Neurol. Centralbl. p. 1534. (Sitzungsbericht.)
304. Heron, David, A Second Study of Extreme Alcoholism in Adults, with Special Reference to the Home-office Inebriate Reformatory Data. Eugenics labor. mem. XVII. London. Dulau & Co.
305. Hertwig, Richard, Über den derzeitigen Stand des Sexualitätsproblems nebst eigenen Untersuchungen. Biolog. Centralbl. Bd. XXXII. No. 2. p. 65.
306. Herzfelder, Henriette, Ein amerikanischer Erziehungsstaat. (Die George Junior-Republik.) Felix Dietrich. Gautsch-Leipzig.
307. Hesse, Les criminels peints par eux-mêmes. 3. éd. Paris. Bernard Grasset.
308. Hessert, von, Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen Geisteskranken. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 2. p. 65.
309. Higgins, William E., Report of the Committee of the Kansas Bar Association on Crimes and Criminal Procedure. The Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 1. p. 12.
310. Derselbe, Proceedings of the Kansas State Society of Criminal Law and Criminology. ibidem. No. 3. p. 414.
311. Hinrichsen, Otto, Sexualität und Dichtung. Ein weiterer Beitrag zur Psychologie des Dichters. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
312. Hirsch, Max, Frauenerwerbsarbeit, Frauenkrankheiten und Volksvermehrung. Sexual-Probleme. Juli. p. 461. 546.
313. Derselbe, Der Kampf gegen die kriminelle Fruchtabtreibung. Zentralbl. f. Gynaekol. No. 30.
314. Hirschfeld, Berthold, Ueber Vererbung von Krankheiten. Bemerkungen zu dem Aufsatze von Prof. Friedel Pick in No. 32 dieser Wochenschrift. Dtsch. mediz. Wochenschrift. No. 11. p. 504.
315. Hirschfeld, Magnus, Kastratenstudien. Untersuchungen über sexuellen Chemismus. Sexual-Probleme. Febr. p. 81.
316. Derselbe, Geschlechts-Umwandelungen. (Irrtümer in der Geschlechtsbestimmung.) Sechs Fälle aus der forensischen Praxis. Moderne Medizin. No. 3—5. p. 59. 85. 104.
317. Derselbe, Naturgesetze der Liebe. Gemeinverständliche Untersuchung über den Liebeseindruck, Liebesdrang und Liebesausdruck. Berlin. Pulvermacher & Co.
318. Derselbe, Meine Ermittelungen über die Verbreitung der Homosexualität. Vierteljahresbericht des wissenschaftl. humanitären Komitees. Jahrgang IV. Heft 1 u. 2.
319. Derselbe und Burchardt, Ernst, Zwei Gutachten über Beziehungen homosexueller Frauen. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 1/2. p. 49.
320. Dieselben, Zur Kasuistik des Verkleidungstriebs. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 22—24. p. 477. 497.
321. Dieselben, Zur Dr. Stiers Artikel „Ueber die Aetiologie des konträren Sexualgefühls". Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. No. 6. p. 549.
322. Derselbe und Tilke, Max, Der erotische Verkleidungstrieb. (Die Transvestiten.) Illustrierter Teil. 2. Auflage. Berlin. Alfred Pulvermacher.
323. Hirschmann, A., Die Opiumfrage und ihre internationale Regelung. Berlin. Simion Nachf.
324. Hitschmann, Eduard, Kinderangst und Onanie-Entwöhnung. Zentralbl. f. Psychoanalyse. III. Jahrg. No. 1. p. 37.
325. Hoegel, Kriminalstatistik und Kriminalätiologie. (Zu den Ausführungen Prof. Dr. Georg v. Mayr p. 333.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 11/12. p. 657.
326. Hoepfner, Th., Über die Disposition der Stotter-Psychose zu asozialer Entwicklung. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 1—2. p. 149.
327. Hoffmann A., Gesundheitspflege und Gesundheitslehre in der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. No. 8—9. p. 149. 163.
328. Hoffschultze, Inwiefern sind Methoden der modernen Verbrechenbekämpfung bereits im deutschen Militärstrafrecht angewandt? Archiv f. Militärrecht. Bd. III. H. 6.
329. Holitscher, Die Rauschgetränke. München. Melch. Kupferschmidt.
330. Holmes, Thomas, Psychology and Crime. London. Dent and Sons.
331. Holst, W. v., Das Entwicklungsalter vom neurologischen Standpunkt. St. Petersb. mediz. Wochenschr. Nr. 4. p. 47.
332. Höpfner, W., Todesstrafe und Abschreckungsgedanke. Zeitschr. f. die ges. Strafwissensch. Bd. 34. H. 2. p. 142.
333. Hoppe, Hugo, Die Tatsachen über den Alkohol. Handbuch der Wissenschaft vom Alkohol. 4. umgearbeitete und vermehrte Auflage. München. E. Reinhardt.



334. Houssay, Frédéric, Eugénique sélection et déterminisme des tares. Arch. de Neurol. 10 S. T. II. p. 189. (Sitzungsbericht.)
335. Huber, Rudolf, 1. Altgriechische Zeugnisse für die Sitte der Tätowierung. 2. Zwang zur Unzucht. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49, H. 1—2. p. 183. 185.
336. Hübner, Vom Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten. Sexual-Probleme. Nov. p. 775.
337. Hug-Hellmuth, Zur weiblichen Masturbation. Zentralbl. f. Psychoanalyse. III. Jahrg. H. 1. p. 17.
338. Hughes, C. H., Eugenics and the Hymeneal Altar: Opinion in the Matter of Possible Hereditary Susceptibility of Offspring to Insanity of a Party Contemplating Matrimony. The Alienist and Neurol. Vol. 33. No. 3. p. 271.
339. Hühner, M., Masturbation in Adult Male. New York Med. Journ. Febr.
340. Hurwicz, E., Zum Problem des état dangereux. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 7. p. 399.
341. Derselbe, Zur Revision der strafrechtlichen Schuldlehre. (Die Idee der Schuld im Kampfe der Strafrechtsschulen.) Zeitschr. f. die ges. Strafrechtswissensch. Bd. 33. p. 813.
342. Hyslop, Theo B., The Mental Deficiency Bill, 1912. A Discussion of the Legislative Proposals for the Care and Control of the Mentally Defective. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 548.
343. Ingegnieros, L'envie. Arch. de psych. de Buenos-Ayres. sept. 1911.
344. Derselbe, La médiocrité morale. ibidem. sept.
345. Derselbe, La médiocrité intellectuelle. ibidem. Sept.
346. Jackson, W. Z., Case of Premature Children. Kentucky Med. Journal. April.
347. Jacobij, C., Okkultismus und medizinische Wissenschaft. Stuttgart. F. Encke.
348. Jaksch, Rudolf, Die Sterilisation des Weibes. Der Amtsarzt. No. 5. p. 225.
349. Janke, Theodor, Friedrich Ludwig Jahn und sein Wirken aus dem Jahre 1812. Ein Bericht. Sexual-Probleme. Juli. p. 503.
350. Jekels, Der psychische Bisexualismus. Neurol. Centralbl. 1913. p. 476. (Sitzungsbericht.)
351. Jones, Ernest, Ein ungewöhnlicher Fall von „gemeinsamen Sterben". Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 455.
352. Derselbe, Der Alptraum in seiner Beziehung zu gewissen mittelalterlichen Aberglaubens. Wien. Fr. Deuticke.
353. Jordan, H. E., Eugenics: The Rearing of the Human Thoroughbred. The Cleveland Med. Journ. Vol. XI. No. 12. p. 875.
354. Joseph, B., Criminality; Physician as Factor in Prevention; Crime on Increase. Vermont Med. Monthly. Aug. 15.
355. Juliusburger, Otto, Das deutsche Laster. Neutraler Guttempler. No. 7. p. 81.
356. Derselbe, Zur Frage der Kastration und Sterilisation von Verbrechern und Geisteskranken. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 9. p. 417.
357. Jung, C. G., Wandlungen und Symbole der Libido. Jahrb. f. psycho-analyt. und psychopath. Forschungen. 4. 162. u. Leipzig-Wien. Franz Deuticke.
358. Junk, Ernst, Subordinationsverletzung auf offener Strasse. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 48. H. 1—2. p. 124.
359. Kaan, Hans, Kleptomanie als Aequivalent sadistischer Befriedigung. Der Amtsarzt. No. 11. p. 493.
360. Kahn, Fritz, Das Versehen der Schwangeren in Volksglaube und Dichtung. Sexual-Probleme. Mai. p. 300. 398.
361. Kaiser, A. H., Homosexualität und Strafrechtsreform. Fortschritte der Medizin, No. 32. p. 993.
362. Kalmus, Ernst, Mord oder Selbstmord? Ein kasuistischer Beitrag. Der Amtsarzt. No. 5. p. 214.
363. Kämmerer. Die Erfahrungen mit der Koedukation an den höheren Schulen Württembergs. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 6. p. 425.
364. Kanngiesser, Friedrich, Ueber die Todesursache bei Alexander dem Grossen (Nachtrag). St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 14. p. 215.
365. Derselbe, Zur Pathographie der Julischen Dynastie. Wiener klin. Wochenschr. No. 2. p. 89.
366. Derselbe, Zur Pathologie des römischen Kaisers Avitus Varius Heligabal. Oesterr. Aerzte-Ztg. No. 8.
367. Derselbe, Notes on the Pathography of the Julian Dynasty. Glasgow Med. Journ. No. 6.
368. Derselbe, Über die Gesundheitsverhältnisse von Kindern aus blutsverwandten Ehen. Oesterr. Aerzte-Ztg. No. 13.
369. Derselbe, War Napoleon Epileptiker? Prager Mediz. Wochenschr. No. 27 u. 37.
370. Derselbe, War Paulus Epileptiker? Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1742.



371. Kappis, A., Beitrag zur Sterilisierung von Degenerierten durch doppelseitige Durchtrennung des Ductus deferens (Vasektomie) mit Erhaltung der Geschlechtsdrüsen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 41. p. 1932.
372. Kármán, Elemer von, Kriminalistische Beiträge. III. Kinder als Zeugen. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 50. H. 3/4. p. 231.
373. Derselbe, Kriminalistische Beiträge. ibidem. Bd. 46. H. 3—4. p. 234.
374. Kauffmann, Max, Die Psychologie des Verbrechens. Berlin. J. Springer.
375. Keller, Christian, Was bezweckt eine Inselanstalt für antisoziale geistesschwache Männer? Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 1. p. 1.
376. Keller, E., Eine Insel-Anstalt für antisoziale schwachsinnige Männer. Neurologia. Bd. XI. H. 2.
377. Kellogg, J. H., Tendencies Toward Race Degeneracy. 62. Congress. 2. Session. Washington. May 7.
378. Kellogg, Vernon L., Eugénique et militarisme. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 258. **(Sitzungsbericht.)**
379. Kemsies, Ferdinand, Die sexual-hygienische Belehrung in der Schule. Monatshefte f. Pädagogik. Nov. 1912.
380. Key-Aberg, A., Alkoholen och samhället. Betändanke angaênde de samhälsskadliga inflytanden bruket af rusdrycker medför jämte förslag till systematiska åtgärder for deras bekämpande i Sverige. Hygiea. LXXIV. No. 6.
381. Kiernan, Jas. G., Is Genius a Sport, a Neurosis or a Child Potentiality Developed? The Alienist and Neurologist. Vol. XXXIII. No. 1—4. p. 27. 189. 273. 435.
382. Kintzing, Pearce, The Persistence of Certain Racial Characteristics. Medical Record. Vol. 82. No. 6. p. 238.
383. Kistemaker, L. Pfister, ein Vorkämpfer moderner Strafrechtsauffassung. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 1—2. p. 33.
384. Kleemann, E., Verbrecherfamilien. ibidem. Bd. 48. H. 1/2. p. 74.
385. Knott, J., Last Illness of Lord Byron: Study in Borderland of Genius and Madness, of Cosmical Inspiration and Pathologic Psychology. St. Paul Med. Journ. Jan.
386. Koblanck und Roeder, H., Tierversuche über Beeinflussung des Sexualsystems durch nasale Eingriffe. Berl. klin. Wochenschr. No. 40. p. 1893.
387. Koch, Fritz. Mit einem Vorwort von Prof. Gustav Eberlein, Hässliche Nasen und ihre Verbesserung. 3. Auflage. Berlin. Verlag Wega.
388. Kocks, Jos., Brief an den Herausgeber. Sexual-Probleme. Nov. p. 791.
389. Derselbe, Verbrechen und Gesetz. ibidem p. 796 u. Zentralbl. f. Gynaekologie. No. 38. p. 1246.
390. Köttgen, Nervenhygiene und Betriebssicherheit im Automobil- und Eisenbahnverkehr. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 23. p. 875.
391. Krafft-Ebing, R. v., Psychopathia sexualis mit besonderer Berücksichtigung der konträren Sexualempfindung. 14. vermehrte Auflage. Herausgegeben von Alfred Fuchs. Stuttgart. F. Enke.
392. Krainsky, N., Pädagogischer Sadismus. Psych. d. Gegenwart, (russ.). **6.** 655.
393. Krampitz, Paul, Über einige seltenere Formen von Missbildungen des Gehörorgans. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. LXV. H. 1. p. 44.
394. Kraus, Friedrich, Über Tod und Sterben. (Rede zur Gedächtnisfeier Friedrich Wilhelm III.) Universitätsschrift. Berlin.
395. Kraus, O., Der Fall Gogol. Schriften der freien psychoanalytischen Vereinigung. Heft 2. München. E. Reinhardt.
396. Derselbe, Schuld, Unzurechnungsfähigkeit und Geisteskrankheit. Arch. f. die ges. Psychol. Bd. 24. p. 90. **(Sitzungsbericht.)**
397. Derselbe, Das Recht zu strafen. Eine rechtsphilosophische Untersuchung. Beilageheft zu Bd. LXXIX. Der Gerichtssaal. Stuttgart. 1911. Ferd. Enke.
398. Krause, Zur Geschichte des Gaunerwesens u. Verbrecheraberglaubens in Norddeutschland im 16. Jahrhundert. Beiträge zur Geschichte der Stadt Rostock. Bd. 6. Rostock, Stillersche Hof- u. Universitätsbuchhandlung.
399. Krauss, A. Karl, Lebensbilder aus der Verbrecherwelt. Mit einer populären Abhandlung über Verbrechen, Willensfreiheit, Schuld und Strafe. Paderborn.
400. Kronauer, O., Die Todesstrafe und die Vereinheitlichung des schweizerischen Strafrechts. Verh. d. schweizer. Juristenvereins. H. 1.
401. Kronecker, Die von den alten Germanen, den Azteken und anderen Völkerschaften bei ihren Menschenopfern zur Anwendung gebrachte Vivisektionstechnik. Dtsch. Mediz. Presse. No. 24.
402. Kronfeld, A., Das pathologische Portrait. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1468. **(Sitzungsbericht.)**
403. Kropveld, A. jr., Einige Fälle aus der sexuellen Pathologie. Ned. Weekblad. **91.** 201. 213.



404. Derselbe, Sexuelle Enthaltung und deren Symptome. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. **56.** I. 912.
405. Kruppa, K., Betrachtungen über den Lebenslauf eines jugendlichen Gefangenen. Zeitschrift f. Kinderforsch. **17.** 262.
406. Kschischo, P., Alkohol und Volksschule. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege. No. 10. p. 665.
407. Külz, Ludwig, Chirurgie und Rassenpsychiatrie in den Tropen. Medizin. Klinik. No. 5. p. 214.
408. Kümmel, Einiges aus der badischen Taubstummenstatistik. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 88. p. 163. **(Sitzungsbericht.)**
409. Küppers, Alexis, Die Unfähigkeit der zu Zuchthaus Verurteilten, in das Deutsche Heer und die Kaiserliche Marine einzutreten. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. No. 10. p. 630.
410. Kure, Shuzo, Aberglaube, autosuggestive Ekstase und Mord. Neurologia. 1911. Bd. III. p. 30. (japanisch.)
411. Kurella, Hans, Anthropologie und Strafrecht. Zwei Vorträge. Würzburg. C. Kabitzsch.
412. Kusnetzoff, Valerian, Anonymes Briefschreiben. Inaug.-Dissert. München.
413. Lacassagne, A., Programme d'un cours de déontologie médicale. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVII. p. 189.
414. Derselbe, La signification des tatouages chez les peuples primitifs et dans les civilisations méditerranéenes. ibidem. T. 27. p. 783.
415. Ladame, Neurosen und Sexualität. Neurol. Centralbl. 1913. p. 320. **(Sitzungsbericht.)**
416. Derselbe, Alcool et exhibitionnisme. Arch. de Neurol. 10. S. T. II. p. 45. **(Sitzungsbericht.)**
417. Lagriffe, Lucien, Considérations sur quelques documents concernant l'alcoolisme dans le Finistère (1826—1906). Ann. méd.-psychol. 10. S. T. II. p. 129.
418. Derselbe et Appleton, J., A propos de l'affaire du Courier de Lyon. Arch. d'Anthropol. crim. T. 27. p. 531.
419. Lampé, Arno Ed. und Strauss, Eduard, Die Bedeutung der Organe mit innerer Sekretion für sexualpsychologische und -pathologische Fragestellungen. Sexual Probleme. Aug. p. 541.
420. Lamszus, Vom Aufsatz und vom Kinde. Der Säemann. April.
421. Lange, August, Die unehelichen Geburten in Baden. Eine Untersuchung und ihre Bedingungen und ihre Entwicklung. Volkswirtschaftliche Abhandlungen der badischen Hochschulen. Karlsruhe. G. Braun.
422. Langermann, Johannes, Der Erziehungsstaat nach Stein-Fichteschen Grundsätzen in einer Hilfsschule durchgeführt. Berlin-Zehlendorf. Mathilde Zimmer-Haus. G. m. b. H.
423. Langlois, A., Une observation de fétichisme des étoffes chez la femme. Thèse de Montpellier.
424. Laquer, B., Die Grossstadtarbeit und ihre Hygiene. Samml. zwangl. Abh. aus d. Geb. d. Nerven- und Geisteskrankh. Bd. XI. H. 8. Halle a/S. Carl Marhold.
425. Lavergne, de, Mariage et psychopathies. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVII. p. 616.
426. Leers, Über die Wassermannsche Luesreaktion u. ihre forensische Bedeutung. Groß' Archiv. Bd. 47. p. 324 ff.
427. Leonhardt, Die Prostitution, ihre hygienische, sanitäre, sittenpolizeiliche u. gesetzliche Bekämpfung. München u. Leipzig. Ernst Reinhardt.
428. Leppmann, A., Ein Fall von Gynaekomastie. Berl. klin. Wochenschr. p. 2429. **(Sitzungsbericht.)**
429. Leppmann, Friedrich, Zur ärztlichen Begutachtung von Sittlichkeitsverbrechern (§ 176,3). Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 10. p. 202.
430. Lestzinsky, Jakob, Aus dem Sexualleben der russisch-jüdischen Studentenschaft. Zeitschr. z. Bekämpfung d. Geschlechtskrankh. Bd. 14. H. 2. p. 48.
431. Levassort, Dégénérescence et perversions instinctives. Folie morale familiale. Parricide. Crime collectif. Revue neurol. No. 11. p. 777. **(Sitzungsbericht.)**
432. Levin, Lazar, Zum Problem des unzüchtigen Werkes. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
433. Libert, Lucien, Saint-Pierre Dutailli frère de Bernardin de Saint-Pierre. Etude médico-psychologique. Ann. méd.-psychol. 1911. Nov.-Dez.
434. Derselbe, Les sorciers de la Haye-du-Puis. Etude médico-psychologique. Congrès de Millénaire normand.
435. Derselbe, Simon Morin, régicide (1623—1663). Le dernier visionnaire brûlé en France. Arch. d'Anthrop. crim. T. XXVII. p. 161.
436. Liebe, Georg, Der Alkohol in Krankenhäusern, Irrenanstalten und Lungenheilstätten. Arch. f. soziale Hygiene. Bd. VII. H. 3. p. 281.
437. Lindenberg, Die Fürsorgeerziehung Minderjähriger in Preussen. Dtsch. Juristen-Ztg. No. 11.
438. Lipa Bey, Unfälle beim geschlechtlichen Verkehre. Sexual-Probleme. Juli. p. 496.



439. Derselbe, Die Nilbraut. Symbolerotik aus dem alten Ägypten. ibidem. Oct. p. 677.
440. Locard, Edmond, Note sur un cas de tatouage total de la face. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVII. p. 366.
441. Derselbe, Le manuel de police scientifique (technique) de Reiss. ibidem. T. 27. p. 59.
442. Derselbe, Chronique latine. Police scientifique et antiscientifique.— Le Manuale di Polzia Giudiziaria, de Tomellini. — Publications récentes italiennes. — L'identification par les empreintes en Argentine. ibidem. Aug./Sept.
443. Derselbe, L'expertise en écriture. Bull. Soc. d'Anthrop. de Lyon. 6. juillet.
444. Derselbe, La Cryptographie en technique policière. ibidem. T. 31.
445. Derselbe, Polizeilaboratorien. Autorisierte Übersetzung von Dr. Hans Schneickert. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 3—4. p. 204.
446. Derselbe, L'identification des criminels par l'examen des orifices sudoripares. La Province médicale. No. 31. p. 345.
447. Derselbe, La découverte des criminels par l'unique moyen des empreintes digitales. Etude sur les opérations d'intiative des laboratoires de police. Arch. d'Anthropol. crim. T. 27. p. 834.
448. Lohmann, Julius, Alkohol und Verbrechen in Bayern. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 9. p. 547.
449. Derselbe, Kriminalität in Bayern 1910. (Sprechsaal.) ibidem. 9. Jahrg. H. 5. p. 299.
450. Derselbe, Sexualpädagogik an den höheren Knabenschulen. Klin.-therapeut. Wochenschrift. No. 6. p. 162.
451. Lohsing, Ernst, Wider die Todesstrafe. Zur Abwehr gegen Prof. Dr. Schüle. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 47. H. 3/4. p. 300.
452. Lombroso, Cesare, Crime and Insanity in the Twenty-First Century. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 1. p. 57.
453. Derselbe, Frammenti medico-psicologici. Archivio di Antropol. crim. Vol. 33. fasc. 1—2. p. 1.
454. Lombroso, Gina, L'accrescimento del delitto e la mitezza delle pene secondo Cesare Lombroso. ibidem. Vol. 33. fasc. 5. p. 481.
455. Lomer, Georg, Ignatius Loyola. Vom Erotiker zum Heiligen, eine pathographische Geschichtsstudie. Leipzig. Barth.
456. Loria, Achille, Elite physio-psychique et élite économique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 191. **(Sitzungsbericht.)**
457. Lovejoy, Owen R., Child Labour vs. The Conservation of School Children. Bull. Amer. Acad. of Medicine. 13. 220.
458. Löwenfeld, L., Über den sexuellen Präventivverkehr und seine Bedeutung als Ursache von Nervenleiden. Sexual-Probleme. Nov. p. 757.
459. Derselbe, Ueber das eheliche Glück. 3. Auflage. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
460. Lucas-Championnière, Trépanation néolithique, trépanation pré-colombienne, trépanation des Kabyles, trépanation traditionnelle. Paris. G. Steinheil.
461. Lückerath, Das Sexualleben des Kindes. Pharus. Heft. 4.
462. Lundborg, Hermann, On Race Hygiene Study and its Importance to Modern Culture. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 39. No. 11. p. 739.
463. Derselbe, Epilepsie als Befreiungsgrund bei der ersten Musterung der Wehrpflichtigen in Skandinavien, Finnland und in der Schweiz. Epilepsia. Bd. III. H. 4. p. 381.
464. Lydston, G, Frank, Sex Mutilations in Social Therapeutics. New York Med. Journ. Vol. XCV. No. 14. p. 677.
465. M. M., Über die Mika-Operation. Zur Ergänzung. Sexual-Probleme. Aug. p. 573.
466. Macco, Schicksal der Aachener Schöffenfamilien. Neurol. Centralbl. v. 657. **(Sitzungsbericht.)**
467. Mac Chesney, Nathan William, A Progressive Program for Procedural Reform. The Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 4. p. 528.
468. Mac Donald, Arthur, Statistics of Physical Measurements and Anomalies of Criminals. The Alienist and Neurol. Vol. 33. No. 1. p. 31.
469. Derselbe, Studie über Verbrechen Jugendlicher. Übersetzt von Dr. Otto Beran, Graz. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 46. H. 3/4. p. 339.
470. Macy, Mary Sutton, The Borderline Case: A Vital Problem. The New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 22. p. 1115.
471. Maeder, A., Das psychosexuelle Element in der Familie. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 137.
472. Magnan et Fillassier, Alcoolisme et dégénérescence. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 262. **(Sitzungsbericht.)**
473. Maier, H. W., Die nordamerikanischen Gesetze gegen die Vererbung von Verbrechen und Geistesstörung und deren Anwendung. Jurist.-psych. Grenzfragen. 1911. VIII. H. 1—3. Halle. C. Marhold.



474. Maier, Über einen Fall von larviertem Masochismus. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 165. **(Sitzungsbericht.)**
475. Maier, Hans W., Die Ausbildung der Polizei in psychiatrisch-psychologischer Richtung. Schweizerische Zeitschr. f. Strafrecht. H. 1. p. 61.
476. Derselbe, Kasuistische Beiträge zur Psychologie der Aussage vor Gericht. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. VIII. Jahrg. p. 480.
477. Mairet, Le vagabondage constitutionnel ou des dégénérés. Annales médico-psychol. X. S. T. I. p. 10.
478. Major, Gustav, Zur Psychologie jugendlicher Krimineller. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 31. Ergänzungsheft. p. 38.
479. Mallwitz, Sport und Sexualität. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1960.
480. Manouvrier, L., Quelques cas de criminalité juvénile et commençante. Arch. d'Anthropol. crim. T. 27. p. 881.
481. March, Lucien, La fertilité des mariages suivant la profession et la situation sociale. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 256. **(Sitzungsbericht.)**
482. Marcuse, Max, Die Zeugungsunfähigkeit des Mannes. Sexual-Probleme. April. p. 243.
483. Derselbe, Ein Fall von vielfach komplizierter Sexualperversion. Selbstbericht eines katholischen Geistlichen, veröffentlicht mit Einleitung, Nachtrag, Anmerkungen und Epikrise. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 3. p. 269.
484. Derselbe, Die christlich-jüdische Mischehe. Sexual-Probleme. Okt. p. 691.
485. Mariani, C. E., Alcoolismo e spacci di bevande alcooliche in Torino. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 88. **(Sitzungsbericht.)**
486. Marie, A., Anomalies mentales et puberté. L'Assistance. Juin. p. 111.
487. Derselbe, La criminalité moderne. ibidem. Oct. p. 190.
488. Derselbe, Hérédité et eugénique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 188. **(Sitzungsbericht.)**
489. Derselbe, Chaillou, A., et Mac Auliffe, L., Le type cérébral. Arch. internat. de Neurol. Janv. p. 8.
490. Derselbe et Mac-Auliffe, Léon, Sur les caractères morphologiques de 61 meurtriers ou homicides volontaires français. Compt. rend. Acad. des Sciences. T. 154. No. 3. p. 127.
491. Dieselben, Morphologie des assassins, homicides volontaires et meurtriers français. ibidem. T. 154. No. 5. p. 296.
492. Dieselben, Physionomie des assassins. Conclusions de recherches sur cette catégorie de criminels. ibidem. T. 154. No. 16. p. 1004.
493. Dieselben, Etude et mensuration de 100 vagabonds français. ibidem. T. 155. No. 21. p. 1039.
494. Derselbe et Varenne, G., Notes de psychopathologie ethnique. (Races jaunes.) Arch. de Neurol. Vol. I. 10. S. No. 2—3. p. 69. 150.
495. Marro, A., Influence de l'age des parents sur les caractères psychophysique des enfants. ibidem. 10. S. Vol. II. p. 185. **(Sitzungsbericht.)**
496. Marschall, J., Ein psychologischer Streifzug durch das Gebiet der Beleidigungsklagen, Privatklagen. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 46. H. 3—4. p. 193.
497. Marshall, G. G., Disease of Criminality. Vermont Med. Monthly. March 15.
498. Martin, A., Neue Gesichtspunkte zur Geschichte des Badelebens und der Sittlichkeit in Deutschland. Berliner klin. Wochenschr. p. 962. **(Sitzungsbericht.)**
499. Marx, Hugo, Reiseeindrücke eines Gefängnisarztes in den Vereinigten Staaten. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLIII. H. 1. p. 166.
500. Derselbe, Ueber den Strafvollzug in den Vereinigten Staaten von Amerika. Ein Beitrag zur Psychologie des Amerikanismus. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 6. p. 356.
501. Masini, Mario Umberto, Le manifestazioni paradosse della sessualità negli astinenti. Gazetta medica lombarda. No. 35. p. 276.
502. Massar Bey, Selbstmord mit positivem Gehirnbefund. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1528.
503. Matignon, J. J., Comment savaient mourir les vrais disciples de Confucius. Arch. d'Anthrop. crim. T. XXVII. p. 291.
504. Maury, Un guérisseur. Le Progrès médical. No. 28. p. 349.
505. Maus, Louis Mervin, Alcohol a Menace to the Army. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. p. 1564. **(Sitzungsbericht.)**
506. May, Das Recht des Kinematographen. Berlin. Richard Falk.
507. May, J. V., Immigration as a Problem in the State Care of the Insane. The Amer. Journ. of Insanity. **69.** 313.
508. May, Karl, Mein Leben und Streben. Fehsenfeld. Freiburg.
509. Mayer, K. E., Die Frage der Zunahme der Nerven- und Geisteskrankheiten. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 23. p. 881—910.



510. Mayr, Georg v., Nochmals „Kriminalstatistik und Kriminalätiologie. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 3. p. 129.
511. Mc Cready, E. Bosworth, How far the Public School-System Cares for the Feeble Minded? Bull. Amer. Acad. of Medicine. 13. 198.
512. Mc Dowall, T. W., and Mc Dowall, Colin, Abnormal Development of Scalp. The Journ. of Mental Science. Vol. LVIII. p. 398.
513. Mc Murthrie, D. C., Psychology of Sexual Inversion in Women. Lancet-Clinic. Nov.
514. Mehl, Kriminalistische Mitteilungen aus der Praxis. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 1—2. p. 51.
515. Derselbe, Beitrag zur Psychologie der Kinderaussage. ibidem. Bd. 49. p. 193ff.
516. Meisel-Hess, Grete, Soziobiologische Fragen. Sexual-Probleme. Febr. p. 106.
517. Meisl, Alfred, Der Traum eines coitus interruptus. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 2. p. 88.
518. Melcior y Farré, La delincuencia en los niños. Causas, Remedias. Barcelona, Sociedad general de publicaciones.
519. Meller, Otto, Kuppelei. Eine sexualpsychologische Studie. Sexual-Probleme. Juli. p. 480.
520. Mello, A. B. de, Coffee and Alcoholism in Russia. Bazil Medico. June 15.
521. Meneghetti e Salerni. Epilessia e degenerazione in rapporto all' alcoolismo. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 99. **(Sitzungsbericht.)**
522. Mercklin, Psychiatrische Fälschungen auf Lichtbildbühnen. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 18. p. 193.
523. Mersey, La tanatophilie dans la famille des Habsbourg (Jeanne la Folie et Charles-Quint). Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 12. p. 493.
524. Derselbe, L'amour de la mort chez les Habsbourg. Contribution à la pathologie historique. Thèse de Paris.
525. Meyer, Robert, Das Problem der Vererbung „erworbener Eigenschaften". Berl. klin. Wochenschr. No. 52. p. 2453.
526. Meyer von Schauensee, Plazid, Strafe oder Sicherung, speziell mit Rücksicht auf den Vorentwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch vom April 1908. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 2. p. 72.
527. Derselbe, Die Todesstrafe und ihre Bedeutung für die deutsch-schweizerische Rechtsentwicklung. ibidem. 9. Jahrg. H. 9. p. 517.
528. Derselbe, Homosexualität und Kontrasexualität. ibidem. VII. Jahrg. p. 428. (Sprechsaal.)
529. Mezger, E., Die abnorme Charakteranlage. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 1—2. p. 23.
530. Derselbe, Die Suggestion in kriminalpsychologisch-juristischer Beziehung. Zeitschr. f. die ges. Strafwissensch. Bd. 33. p. 847.
531. Michaelis, v., Die Einzelhaft in psychologischer und physiologischer Hinsicht; ihre Licht- und Schattenseiten; Reformvorschläge. Blätter f. Gefängniskunde. **46.** 467.
532. Michels, Roberto. L'eugénique dans l'organisation des partis. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 258. **(Sitzungsbericht.)**
533. Millant, Richard, Moeurs des scopits de Roumanie. Ann. d'Hygiène publ. 4. S. T. XVIII. Août. p. 97.
534. Miloslavich, Eduard, Ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie der militärischen Selbstmörder. Virchows Archiv f. pathol. Anat. Bd. 208. H. 1. p. 44.
535. Miraben, G., La lutte antitoxique. La fumée divine (opium). Paris. M. Giard et E. Brière.
536. Miris, Moderne Heiratsschwindler und ihre Opfer. Gossau. Argusverlag.
537. Mjoen, Alfred, L'effet de l'alcool sur le plasma-germinal. Législation nouvelle sur l'alcool en Norvège. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 261. **(Sitzungsbericht.)**
538. Möbius, P. J., Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes. 10. Auflage. Halle. C. Marhold.
539. Moerchen, Friedrich, Mesalliancen vor dem Forum des Psychiaters. Sexual-Probleme. No. 1. p. 18.
540. Moll, Albert, Sexual-Psychologie und -Pathologie. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. No. 2—3. p. 37. 72.
541. Derselbe, Handbuch der Sexualwissenschaften, mit besonderer Berücksichtigung der kulturgeschichtlichen Beziehungen. Leipzig. F. C. W. Vogel.
542. Derselbe, Physiologisches und Psychologisches über Liebe und Freundschaft. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 5. p. 257.
543. Mönkemöller, Fürsorgeerziehung und Heeresdienst. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen. Bd. IV. No. 1. p. 3.
544. Derselbe, Zur Psychopathologie des Brandstifters. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 48. H. 3/4. p. 193.



545. Montemello, Alcoolisme et statistique. Essai sur l'alcoolisme dans la province de Ferrare. Journal de psych. clinique.
546. Morichau-Beauchant, R., Homosexualität und Paranoia. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 3. Jahrg. H. 4. p. 174.
547. Derselbe, L'instinct sexuel avant la puberté. Le Journal médical français. No. 9. p. 375.
548. Morris, Robert T., Prominent Ears. Medical Record. Vol. 81. No. 12. p. 561.
549. Morselli, Enrico, Psychologie ethnique et science eugénique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 182. (Sitzungsbericht.)
550. Mosse, M., und Tugendreich, G., Krankheit und soziale Lage. München. J. F. Lehmann.
551. Mothes, Ein Notzüchter. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 48. H. 3/4. p. 352.
552. Mott, F. W., Hérédité et eugénique en rapport avec la folie. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 263. (Sitzungsbericht.)
553. Muller, H. C., Die sogenannte Psychopathengesetzentwürfe. Geneesk. Courant. 66. 153.
554. Müller, Das Asyl für männliche Obdachlose in Köln. Schweizer. Zeitschr. für Gemeinnützigkeit. Heft 7.
555. Müller, E. Herm., Der VII. Kongress für Kriminalanthropologie in Köln. 8.—13. Oktober 1911. Blätter f. Schulgesundheitspflege. No. 4—5.
556. Derselbe, Das Asyl für männliche Obdachlose in Köln. Schweiz. Zeitschr. f. Gemeinnützigkeit. H. 7.
557. Derselbe, Zur Behandlung der Prostitution durch die Gesetzgebung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 7. p. 385.
558. Müller, Franz Arthur, Die sogenannte widernatürliche Unzucht. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
559. Müller-Schürsch, E. Herm., Ueber die Stellung der kommunalen Medizin. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLIV. H. 1.
560. Derselbe, Kastration und Sterilisation aus sozialer Indikation. Zeitschr. f. die ges. Strafrechtswissensch. Bd. 33. p. 611.
561. Munzinger, Elis, Die Jugendfürsorge des englischen Armengesetzes. Die Behandlung krimineller Kinder in England. Gautsch-Leipzig. Felix Dietrich.
562. Näcke, Der Alkohol als degenerierende Ursache. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 3. p. 65.
563. Derselbe, 1. Verbrechen als Sport. 2. Selbstmord, Verbrechen und Wahnsinn im Zusammenhang mit Funktionen oder anatomischen Erkrankungen der weiblichen Genitalien. 3. Sind die Juden im Laufe der Zeit intelligenter geworden? 4. Der Omphalos von Delphi. 5. Falsche Zitate. 6. Spermasekretion aus einer weiblichen Harnröhre. 7. Sexuelle Verführung durch Weiber. 8. Zeugung im Rausche. 9. Zeugenaussagen von Kindern. ibidem. Bd. 46. H. 3/4. p. 347—355.
564. Derselbe, 1. Die Beziehungen zwischen Körpergrösse und Intelligenz. 2. Was das Volk denkt, wie es wohnt und sich kleidet. 3. Prozess und Aberglaube. 4. Der widrige Geruch im Aberglauben. 5. Macht des Aberglaubens. 6. Zur Psychologie der „Himmelfahrt". 7. Bemerkungen zu den Freudschen Symbolen. 8. Sexuelle Abstinenz und Onanie. 9. Zur Statuenliebe. 10. Chauffeur-Sprache in Sicht! 11. Verkennung der Geisteskranken im Untersuchungsgefängnis und vor dem Richter. 12. Zur Psychologie des Reporters. 13. Selbstbeschädigungen Geisteskranker. 14. Die „Christian Science". 15. Zur Kinderpsychologie. 16. Gefahren des Neumalthusianismus. 17. Eine neue Erklärung für die „Mikaoperation". 18. Ein seltenes Beispiel sexueller Laster. ibidem. Bd. 47. H. 1—2. p. 155—171.
565. Derselbe, Kriminologische und sexologische Studien. ibidem. Bd. 47. H. 3/4. p. 237.
566. Derselbe, 1. Stand und Reichtum als gefährliche Suggestionsfaktoren beim Richter. 2. Strassenraub im Jahre 1725 vermittelst einer Pechmaske. 3. Merkwürdiger Grund des Hasses eines an Verfolgungswahnsinn Leidenden. 4. Das Verliebtsein in leblose Gegenstände. 5. Aerztliches Gesundheitsattest zur Eheschliessung. 6. Über wachsende Unfruchtbarkeit. 7. Ein eigentümliches Aphrodisiakum. ibidem. Bd. 49. p. 187—191.
567. Derselbe, 1. Visionen und Stimmen bei Kindern. 2. Das Angezogenwerden der Kinder durch das Feuer. 3. Olfaktorischer Aberglaube. 4. Die Wichtigkeit der Porträt-Ähnlichkeit. 5. Einfluss der Sonnenfinsternis 1912 auf Irre. 6. Mord seitens einer Greisin. 7. Merkwürdige Leistung eines Polizeihundes. 8. Untat in der Schlaftrunkenheit vollführt. 9. Falsche Wiedererkennung. 10. Massnahmen gegen Bevölkerungsabnahme. 11. Ursprung der Homosexualität. ibidem. Bd. 50. H. 1/2. p. 167—176.
568. Derselbe, Die Überbleibsel der Lombrososchen kriminalanthropologischen Theorien. ibidem. Bd. 50. H. 3/4. p. 326.
569. Derselbe, Zwei sexologische Themen: 1. Die Zeugung im Rausch und ihre schädlichen Folgen. 2. Die „inadäquate" Keimmischung (Keimfeindschaft). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 1—2. p. 218.



570. Derselbe, Einteilung der (habituell) Antisozialen und mehr oder minder moralischen Defekten. ibidem. Originale. Bd. X. H. 4—5. p. 387.
571. Neelen, Hon. Neele E., Progressive Methods of Dealing with Juvenile Delinquency. The Amer. Journ. of Obstetrics. Jan. p. 146.
572. Neff, Irwin H., The Problem of Drunkenness. The Boston Med. and Surg. Journal. Vol. CLXVII. No. 26. p. 911.
573. Neff, Joseph S., Method of Securing Appropriations for proper Segregation and Care of Feeble-Minded. Bull. Amer. Acad. of Medicine. 13. 180.
574. Neumann, R. H., Die Narcotica und Rauschmittel im Sexualleben. Sexual-Probleme. Sept. p. 636.
575. Neumann, K., Geschichte einer armen Familie. Soziale Studie. ibidem. Dez. p. 865.
576. Niceforo, Alfredo, La cause de l'infériorité des caractères psycho-physique des classes inférieures. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 255. **(Sitzungsbericht.)**
577. Derselbe, Contribution à l'étude de la variabilité de quelques caractères anthropologiques. Arch. d'Anthrop. crim. T. 27. p. 822.
578. Noak, Victor, „Schlafburschen" und „Möblierte". Sexual-Probleme. Juni. p. 384.
579. Nolan, M. J., A Note on the Proposed Sterilisation of the Mentally Unfit. The Dublin Journal of Med. Science. March. p. 170.
580. Norbury, F. P., Public Care of Insane and Mentally Defective. Illinois Med. Journal. Aug.
581. Notthaft, v., Automobil und Sexualvermögen. Zeitschr. f. Urologie. 1911. Bd. V. p. 281.
582. Oberholzer, Emil, Dauernde Anstaltsversorgung oder Sterilisierung? Schweizerische Zeitschr. für Strafrecht. 25. Jahrg. H. 1. p. 54.
583. Derselbe, Über die Wirkung der Kastration auf die libido sexualis. Sexual-Probleme. Dez. p. 829.
584. Derselbe, Kastration und Sterilisation von Geisteskranken in der Schweiz. Jurist.-psych. Grenzfragen. 1911. VII. H. 1—3. Halle. C. Marhold.
585. Derselbe, Eigentumsdelikte und Sexualität. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 1/2. p. 37.
586. Oberndorf, C. P., A Case of „Periodicity in the Male". The Journ. of Nerv. and Mental Disease. 1913. Vol. 40. p. 36. **(Sitzungsbericht.)**
587. Oettinger, W., Selektion und Hygiene. Dtsch. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspflege. Bd. 24. H. 4. p. 608.
588. Ogliastroni, J., Une arrestation arbitraire sous le second empire. Arch. d'Anthrop. crim. T. XXVII. p. 215.
589. Onuff, B., A Study of Eunuchoidismus in its Various Aspects and its Bearing on Other Pathological States. The Amer. Journal of Dermatology. Oct.-Nov. p. 517. 590.
590. Orton, G. L., The Procreative Regulation of Defectives and Delinquents. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 26. p. 2021.
591. Pach, Heinrich, Vergiftungen und Selbstmorde in Budapest während 24 Jahren. Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 12. p. 247.
592. Padovani, Emilio, Sulla necessità d'una statistica degli emigranti italiani alienati rimpatriati e respinti dall' America e sbarcati nei porti d'Italia e dell' estero. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 244. **(Sitzungsbericht.)**
593. Derselbe, Epilessia e alcoolismo nell' emigrazione transoceanica italiana. ibidem. Vol. 38. p. 100. **(Sitzungsbericht.)**
594. Pannenborg, W. A., Beitrag zur Psychologie des Verbrechers, insbesondere des Brandstifters. Jurist. Doktordissertation. M. de Waal. Groningen.
595. Partenheimer, Zur Frage der Bewertung der Vorstrafen in bezug auf die Militärdienstfähigkeit. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. No. 18. p. 706.
596. Paul-Boncour, George, Anthropologie anatomique; crâne, face, tête sur le vivant. Paris. O. Doin.
597. Peart, R., Hérédité et fécondité. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 181. **(Sitzungsbericht.)**
598. Pelman, Karl, Swedenborg — ein Verrückter? Psychische Studien. H. 5. p. 305. **Referat.**
599. Derselbe, Erinnerungen eines alten Irrenarztes. Bonn. Fr. Cohen.
600. Perrier, Charles, Le pied et ses rapports avec la taille chez les criminels. Arch. d'Anthrop. crim. T. 27. p. 721.
601. Petersen, Margarete, Harnerotik einer Greisin. Zentralbl. f. Psychoanalyse. p. 605.
602. Petit, Marcel, La psychologie d'un criminel; Liabeuf peint par lui-même. Le Progrès médical. No. 11. p. 137.
603. Petters, Walther, Der Mädchenhandel und seine Bekämpfung nach geltendem und künftigem Reichsstrafrecht. Inaug.-Dissert. Heidelberg.

604. **Pfannebecker**, W., Molding of Public Opinion Regarding State Care of Epileptics. Journal of Jowa State Med. Soc. Oct.
605. **Pfeiffer**, Hermann, Über den Selbstmord. Pathologisch-anatomische und gerichtlich-medizinische Studie. Jena. G. Fischer.
606. **Pförringer**, Tierversuche über den erblichen Einfluss des Alkohols. Neurol. Centralbl. p. 923. **(Sitzungsbericht.)**
607. **Pick**, Friedel, Ueber Vererbung von Krankheiten. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 11. p. 504.
608. **Pilsky**, Die Frage des Rückganges der Geburten in Preussen. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2758. **(Sitzungsbericht.)**
609. **Pinard**, Adolphe, Sur „la puériculture avant la procréation". Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 188. **(Sitzungsbericht.)**
610. Derselbe, De l'Eugenétique. Ann. de Gynécologie. Déc. p. 706.
611. **Piontkowsky**, Andreas, Die Todesstrafe in Russland. Zeitschr. f. die ges. Strafwissensch. Bd. 33. p 70.
612. **Ploss**, Heinrich, Das Kind in Brauch und Sitte der Völker. Völkerkundige Studien. 3. gänzlich umgearbeitete und stark vermehrte Auflage. Nach dem Tode des Verfassers herausgegeben von Dr. phil. B. Renz. II. Band. Leipzig. Th. Grieben.
613. **Poe**, Edgar A., Kriminalgeschichten. Minden i/W. 1911. J. C. C. Bruns.
614. **Polligkeit**, Wilh., Die Schutzaufsicht über Gewohnheitstrinker und verbrecherische Trinker. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 3. p. 135.
615. **Pont**, C. E., Les indisciplinés dans l'armée (normaux et anormaux). Thèse de Nancy.
616. **Porosz**, Moritz, Die Bedeutung und die Erklärung der sexuellen Träume. Archiv f. Dermatologie. Bd. CXI. H. 1. p. 9 u. Gyógyászat. 1911. No. 29.
617. Derselbe, Über Tagespollutionen. Wiener klin. Wochenschr. p. 1854. **(Sitzungsbericht.)**
618. **Potthoff**, Heinz, Die Arbeit der Dirne. Sexual-Probleme. No. 1. p. 1.
619. **Pötting**, B., Die Deszendenztheorie im Lichte der neuesten Forschungen. Berl. tierärztl. Wochenschr. No. 34—35. p. 628. 652.
620. **Preobrashenski**, S., Nerven- und Geisteskranke als Objekte religiöser Verehrung. Obosrenje psichiatrii. 1911. No. 3.
621. Derselbe, Chirurgische Prophylaxe der Entartung. Psych. d. Gegenw. (Russ.) **6**. 110.
622. **Proal**, Louis, L'expertise médico-légale et la question de la responsabilité. Arch. d'Anthrop. crim. T. XXVII. p. 422. 481.
623. **Pscholka**, Gustav, Der Herzfresser von Kindberg. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 48. H. 1/2. p. 62.
624. **Punnett**, R. C., Génétique et eugénique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 187. **(Sitzungsbericht.)**
625. **Purrington**, W. A., Medical Expert Testimony from Lawyers Standpoint. New York State Journal of Medicine. Aug.
626. **Querton**, L., Organisation pratique de l'action eugéniques. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 189. **(Sitzungsbericht.)**
627. **Randall**, Frank L., Proceedings Following Conviction. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 4. p. 517.
628. **Rank**, Otto, Zur symbolischen Bedeutung der Ziffern. Imago. Bd. I. H. 4. p. 402.
629. Derselbe, Völkerpsychologische Parallelen zu den infantilen Sexualtheorien. Zugleich ein Beitrag zur Sexualsymbolik. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 7—8. p. 372. 425.
630. Derselbe, Aktuelle Sexualregungen als Traumanlässe. ibidem. p. 596.
631. Derselbe, Ein Beitrag zum Narzissismus. Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopath. Forschungen. **3**. 401.
632. **Ranschburg**, P., Die moralische Psychopathie und ihre soziale Hygiene. Neurol. Centralbl. p. 1276. **(Sitzungsbericht.)**
633. Derselbe, Die Psychopathie und soziale Hygiene der verkommenen Kinder. Elemeorvosi Ertekezlet Munkálatai. **6**. 180.
634. **Ratner**, Die geschlechtliche Hygiene in der alten jüdischen Literatur. Hygien. Rundschau. No. 2. p. 69.
635. **Rechert**, Emil, Eine Lügnerin aus Passion. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 3/4. p. 305.
636. Derselbe, Ein Raubmord in Chicago vor den Wiener Geschworenen. ibidem. Bd. 48. H. 3/4. p. 354.
637. Derselbe, Stefan Wanyek, der Massenmörder von Favoriten. ibidem. Bd. 46. H. 3/4. p. 269.
638. **Rehm**, O., Zur Frage des Rechtsschutzes der Psychiater. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 41. p. 415.
639. **Reichel**, Hans, Tod einer Polizeigefangenen, verursacht durch falsche Beurteilung ihres Krankheitszustandes. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 1—2. p. 186.



640. Reid, A. H., The Wisconsin Branch: Result of the Years Work. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 6. p. 868.
641. Reid, E. Ch., Manifestations of Manic-depressive Insanity in Literary Genius. The Amer. Journ. of Insanity. 68. 595.
642. Reitler, Rudolf, Eine infantile Sexualtheorie und ihre Beziehung zur Selbstmordsymbolik. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 3. p. 114.
643. Rémond, A., et Voivenel, Paul, Le génie littéraire. Paris. F. Alcan.
644. Renterghem, A. W. van, Die Herstellung der Autorität des Arztes durch eine Reform des medizinischen Unterrichts. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 2. p. 65.
645. Reynolds, Ernest S., Mental Derangements in their Relation to Marriage. The Medical Chronicle. Vol. LV. No. 330. 4. S. Vol. XXII. March. No. 6. p. 311.
646. Ribbing, Seved, Der Einfluss des sexuellen Verkehrs auf die menschliche Psyche. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 4. p. 193.
647. Riddell, William Renwick, Criminal Procedure in Canada. The Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 1. p. 28.
648. Ritter, Carl, Eigenartige sadistische Neigung eines Päderasten. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 48. H. 1/2. p. 191.
649. Rittershaus, E., Psychologische Tatbestandsdiagnostik. (Die sogenannte „Strafuntersuchung der Zukunft".) Mitteil. d. Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Bd. XIII. H. 5. p. 85.
650. Robinson, Louis N., The Unfit in Criminal Statistics. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law and Criminology. Vol. III. No. 2. p. 245.
651. Rod, Edouard, Das entfesselte Schicksal. Berlin. Erich Reiss.
652. Roffhack, § 47 der bremischen Medizinalordnung. (Zwangsweise Unterbringung von gefährlichen Kranken.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 9. p. 521.
653. Rogues de Fursac et Leroy, Tentative de suicide précédée d'un double homicide. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 181. **(Sitzungsbericht.)**
654. Rohleder, H., Die künstliche Zeugung beim Menschen. Leipzig. 1911. Georg Thieme.
655. Derselbe, Die Masturbation. 3. Auflage. Berlin. Fischer.
656. Derselbe, Monographien über die Zeugung beim Menschen, II. Die Zeugung unter Blutsverwandten. Leipzig. G. Thieme.
657. Derselbe, Folgen der Blutsverwandtschaftsehe. Nachtrag zu dem Aufsatz im 11. u. 12. Heft der S.-P. 1911. Sexual-Probleme. No. 1. p. 45.
658. Roller, Geschichtlicher Überblick über die Wandlungen der Lebensdauer in Deutschland. Neurol. Centralbl. p. 657. **(Sitzungsbericht.)**
659. Rosenfeld, Ernst Heinrich, Verbrechensbekämpfung und Rassenhygiene. Klinik f. psych. u. nervöse Krankheiten. Bd. VII. H. 3.
660. Derselbe, Die Frage des Zusammenhangs zwischen Rasse und Verbrechen. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 3. p. 124.
661. Rosenwasser, C. A., The Alcohol Inebriate: What Can We Do for Him Under Existing Conditions in New Jersey? Medical Record. Vol. 82. p. 364. **(Sitzungsbericht.)**
662. Roth, Fritz, Metereologie und Strafrecht. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 3—4. p. 567.
663. Derselbe, Untersuchungen über die Brüste von 1000 norddeutschen Frauen und Mädchen. Luckenwalde. F. C. E. Richter.
664. Rothschild, F., Bekämpfung beginnender Verwahrlosung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 5. p. 283.
665. Rubin, Was kann die Schule im Kampf gegen die Volksneurosen leisten? Berl. klin. Wochenschr. p. 2294. **(Sitzungsbericht.)**
666. Rubner, Joseph, Ein neues Verfahren zur Aufnahme von Fingerabdrücken am Tatorte. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 3—4. p. 258.
667. Rupprecht, Karl, Zur Psychologie jugendlicher Verhafteter. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 41. p. 2227.
668. Derselbe, Die bedingte Begnadigung im Strafverfahren gegen Jugendliche. Groß' Archiv. Vol. 49. p. 127ff.
669. Russel, William L., The Mental Hygiene Movement. Medical Record. Vol. 82. No. 3. p. 111.
670. Ryckere, R. de, Lettre de Belgique. La loi sur la protection de l'enfance. — Trois acquittements. — Les empreintes digitales. — Les cinémas et les romans policiers. — Les discours de rentrée. Arch. d'Anthropol. crim. T. 27. p. 925.
671. Sacerdote, Anselmo, Su di un oggetto di singolare costruzione eseguito da un deficiente. Arch. di Antropol. crim. T. 33. fasc. 1—2. p. 45.
672. Sadger, J., Haut-, Schleimhaut- und Muskelerotik. Jahrb. f. psychonalyt. Forschungen. Bd. III. p. 525.
673. Derselbe, Über sexualsymbolische Verwertung des Kopfschmerzes. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 4. p. 190.



674. Saint - Paul, L'art de parler en public, l'aphasie et le langage mental. Paris. Doin.
675. Saintyves, P., La simulation du merveilleux. Préface de Pierre Janet. Paris. Flammarion.
676. Salvisberg, A., Über Bestialität und Sadismus. Schweizer Arch. f. Tierheilk. **54**. 319.
677. Sarrat, J., De l'infanticide dans ses rapports avec les psychoses transitoires des femmes en couche. Thèse de Lyon.
678. Sary, van, Die Berechtigung der sozialen Indikation zur Sterilisation und ihre forensische Beurteilung. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. **43**. Suppl. p. 95. **(Sitzungsbericht.)**
679. Sauer, Alfred, Frauenkriminalität im Amtsbezirk Mannheim. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
680. Schäfer, Gerhard, Bemerkungen zu: Voss, Beitrag zur Psychologie des Brautmordes. (Jahrg. VIII. H. 10 dieser Zeitschr.) (Sprechsaal.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 244.
681. Schauer, R., Beobachtungen über die typischen Wirkungen des Alkoholismus auf unsere Schüler. Zeitschr. f. Kinderforschung. XVII. H. 6—7. p. 241.
682. Schazky, E., Zur Alkoholfrage. Russ. Arzt. **11**. 1650.
683. Schefold und Werner, Der Aberglauben im Rechtsleben. Jur.-psych. Grenzfragen. **8**. Heft 8. Halle a/S. C. Marhold.
684. Schenk, A., Die Fürsorge für Geistesschwache in den Vereinigten Staaten von Amerika. Eos. **8**. 33.
685. Schenk, Paul, Die Alkoholfrage. **Sammelbericht.** Aerztl. Sachverst.-Ztg. No. 16. p. 331.
686. Derselbe, Bemerkungen zu Forels Lehre von der Keimschädigung durch Alkohol (Blasthophorie). Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 22. p. 846.
687. Scheuer, Oskar, Das menschliche Haar und seine Beziehungen zur Sexualsphäre. Sexual-Probleme. März. p. 158.
688. Schiller, F. C. S., L'eugénique dans l'éducation. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 191. **(Sitzungsbericht.)**
689. Schmehl, Rudo, Inzuchtstudien in einer deutschen Rambouilletstammschäferei. Inaug.-Dissert. Jena.
690. Schmidt, C., Gescheiterte Existenzen. Dunkle Bilder aus dem menschlichen Leben. Gütersloh. C. Bertelsmann.
691. Schneickert, Hans, Zur Prostitutionsfrage. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 48. H. 1/2. p. 56.
692. Derselbe, Entgegnung auf den Aufsatz Dittrichs. ibidem. Bd. 47. p. 353ff.
693. Derselbe, Kleine kriminalistische Mitteilungen. ibidem. Bd. 50. H. 3/4. p. 240.
694. Derselbe, Übersicht über die Tätigkeit und Erfolge einiger grossstädtischer Erkennungsämter. ibidem. Bd. 48. H. 1/2. p. 182.
695. Derselbe, 1. Polizeilaboratorien. 2. Presse und Berichterstattung über Gerichtsverhandlungen. 3. Die wissenschaftliche Handschriftenkunde. 4. Der deutsche Polizeikongress. ibidem. Bd. 47. H. 3—4. p. 361—363.
696. Derselbe, 1. Allheilmittel gegen Scheckfälschungen. 2. Die wachsende Kriminalität in Frankreich. ibidem. Bd. 48. H. 1/2. p. 189.
697. Derselbe, Avé-Lallemant als Vorkämpfer einer einheitlichen Polizeiorganisation in Deutschland. (Zur Erinnerung an seinen 20. Todestag.) ibidem. Bd. 48. H. 3/4. p. 393.
698. Derselbe, 1. Mitteilungen für das Polizeilaboratorium. Latente Abdrücke eisenhaltiger Tintenschriftzüge. 2. Entfernung von Bleistiftschrift zu Fälscherzwecken. ibidem. Bd. 50. H. 1/2. p. 166.
699. Scholz, Anomale Kinder. Berlin. Karger.
700. Schorer, Wat jedereen behoort te weeten omtrent Uranisme. Belinfante. Den Haag.
701. Schouten, H. J., Merkwürdige Liebesbriefe. Sexual-Probleme. Aug. p. 570.
702. Derselbe, Über falsche oder missverständliche Sprachgebräuche in der sexualwissenschaftlichen Terminologie. ibidem. Dez. p. 858.
703. Derselbe, Der von Christina von Schweden befohlene Mord des Marquis Monaldechi. (Ein Beitrag zur Kriminalpsychologie.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 6. p. 354.
704. Schreiber, Adele, Pariser und Berliner Wohnungselend. Sexual-Probleme. Aug. p. 574.
705. Schüle, Der Kampf um die Todesstrafe. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 45. H. 3—4. p. 298.
706. Schultze, Ernst, Zunahme des Alkoholverbrauches in Indien. Arch. f. soziale Hygiene. Bd. VII. H. 3. p. 276.
707. Derselbe, Einige Wurzeln des gesundheitlichen Aberglaubens in England. Hygienische Rundschau. No. 17—18. p. 1085. 1157.



708. Schulz, Aus den Erinnerungen eines Zuchthaus-Predigers. Konferenzvortrag von weil. Hermann Schulz, Prediger und Seelsorger am Zuchthause und geistlichen Lehrer an den Kreisgerichtsgefängnissen zu Weimar. 1852—1873. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 1—4. p. 43. 307.
709. Schuppius, Ein Beitrag zur Vagabundenfrage. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 4/5. p. 420.
710. Schürch, E., Zum Fall Niederhäuser. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 1—2. p. 1.
711. Schütze, W., Aerztliche Zwangsuntersuchungen. ibidem. Bd. 47. H. 3/4. p. 364.
712. Derselbe, Ein Himmelsbrief. ibidem. Bd. 47. H. 3/4. p. 345.
713. Derselbe, Tatortsfingerschau. Die Überlegenheit des Schneiderschen Abzieh-Verfahrens gegenüber allen anderen bisher bekannt gewordenen Versuchen auf diesem Gebiet. ibidem. Bd. 49. H. 3—4. p. 236.
714. Derselbe, Erinnerungstäuschung durch Kopfverletzung. ibidem. Bd. 47. p. 110ff.
715. Schwab, v., Der Aberglaube im Rechtsleben. Corresp. d. Württemb. ärztl. Landesver. p. 382. **(Sitzungsbericht.)**
716. Schweitzer, Kritik und Probleme der psychiatrischen Leben-Jesu-Forschung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 155. **(Sitzungsbericht.)**
717. Sears, F. W., Crime: Cause and Prevention. Vermont Med. Monthly. Nov.
718. Seidel, Kinder als Zeugen im geltenden Strafprozessrecht. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 3. p. 173.
719. Seige, Max, Das Landstreichertum. Seine Ursachen und seine Bekämpfung. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 50. H. 1/2. p. 97.
720. Selbstmörder, die — nach der Religion in den Jahren 1909 und 1910. Statist. Jahrbuch für Elsass-Lothringen. 5. 1911.
721. Sello, Die Irrtümer der Strafjustiz und ihre Ursachen. Bd. I. Todesstrafe und lebenslängliches Zuchthaus in richterlichen Fehlsprüchen neuerer Zeit. Berlin. 1911. R. v. Decker.
722. Semelaigne, René, Aliénistes et philanthropes. Les Pinel et les Tuke. Paris. G. Steinheil.
723. Senf, Max Rudolf, Geschlechtstrieb und Verbrechen. Mit einem Anhang: Zur Psychologie der Lustmörder. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 48. H. 1/2. p. 1.
724. Senf, Rudolf, Das Verbrechen als strafrechtlich-psychologisches Problem. Hannover. Helwingsche Verlagsbuchhandlung.
725. Sergi, G., Biologie et Eugénique, variation et hérédité chez l'homme. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 179. **(Sitzungsbericht.)**
726. Sérieux, P., et Capgras, J., Le méssianisme d'un faux dauphin (Naundorff). Journal de Psychol. norm. et pathol. 9. 193. 289.
727. Sérieux, Paul, et Libert, Lucien, De l'internement des anormaux constitutionnels: asiles de sûreté et prisons d'Etat. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVII. p. 342.
728. Dieselben, Les anormaux constitutionels à la Bastille; interprétateurs, revendicateurs, fabulateurs. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 337.
729. Dieselben, Les lettres de Cachet, prisonniers de famille et placements volontaires. Gand. v. Vander Haeghen.
730. Sheeman, R. F., The Mentally Unfit. The Journal of the Amer. Med. Assoc. Vol. LIX. No. 1739. **(Sitzungsbericht.)**
731. Sichel, Ueber den Geisteszustand der Prostituierten. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2651. **(Sitzungsbericht.)**
732. Sickle, James H. van, How far the Public School System Cares for the Feeble-Minded. Bull. Amer. Acad. of Medicine 13. 193.
733. Siebert, Chr., Vorschläge zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauches. St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 20. p. 300.
734. Siemerling, E., Bemerkungen zu dem Aufsatz von Prof. L. M. Bossi in Genua: „Die gynaekologischen Läsionen bei der Manie des Selbstmordes und die gynaekologische Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe. (Zentralbl. f. Gynaekol. 1911. No. 36.) Zentralbl. f. Gynaekol. No. 2. p. 33.
735. Sighele, Scipio, I delitti della folla. 4 Ed. Torino. 1910. Fratelli Bocca.
736. Silbernagel, Alfred, Internationale Organisation der Jugendfürsorge. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 193. u. Zeitschr. f. Kinderschutz. IV. Jahrg. No. 8/9.
737. Silbernagel, Bekämpfung des Verbrechertums durch Rettung jugendlicher Delinquenten. Bern. 1911. Stämpfli & Co.
738. Simonin, J., Les débiles mentaux dans l'armée, débiles simples et délinquants; Etude clinique et médico légale. Ann. d'Hygiène publique. 4. S. T. XIII. Mai. p. 412.
739. Smart, J. T., Duty of Community to its Backward and Defective Children. Arch. of Pediatrics. April.



740. Smith, Eugene, Report of the Committee on Criminal Statistics of the American Prison Association. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 6. p. 877.
741. Smith, Philip, Psychoses Occurring in Twins. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 25. p. 1268.
742. Smith, Samuel Georges, Eugénique et conscience sociale. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 190. **(Sitzungsbericht.)**
743. Solomon, Meyer, What Eugenics Does Not Mean. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 25. p. 1259.
744. Sommer, R., Die Kriminalität in Italien. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. No. 1. p. 53.
745. Derselbe, Italienische Gefängnisstatistik. (Sprechsaal.) ibidem. 9. Jahrg. H. 8. p. 497.
746. Derselbe, Italienische Kriminalstatistik. ibidem. 9. Jahrg. H. 3. p. 177.
747. Derselbe, Die Rechtsstellung des unehelichen Kindes im neuen schweizerischen Zivilgesetzbuch im Vergleich zum deutschen und zum niederländischen Recht. (Sprechsaal.) ibidem. 9. Jahrg. H. 5. p. 296.
748. Derselbe, Jugendfürsorge in Frankreich. **Sprechsaal.** ibidem. 9. Jahrg. H. 9. p. 545.
749. Derselbe, Renaissance und Regeneration. Neurol. Centralbl. p. 658. **(Sitzungsbericht.)**
750. Derselbe, Rassenmerkmale der Familie von Schillers Mutter. ibidem. p. 657. **(Sitzungsbericht.)**
751. Derselbe, Bericht über den II. Kurs mit Kongress für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in Giessen vom 9. bis 13. April 1912 (II. u. III. Teil). Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. VII. H. 3—4. p. 193. 291.
752. Derselbe, Ein Reichsinstitut für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre. Grenzboten. 12. u. 20. III.
753. Spalding, Warren F., The Treatment of Crime. Past, Present and Future. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 3. p. 376.
754. Stadelmann, Heinrich, Über geistige Entartung. Zeitschr. f. pädagog. Psychologie. p. 507.
755. Stammer, Georg, Vagabundentum in Amerika. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. p. 637.
756. Derselbe, Bemerkungen über amerikanische Strafpolitik. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 1—2. p. 79.
757. Derselbe, Das Gefängniswesen im Staate New York. Zeitschr. f. die ges. Strafwissensch. Bd. 33. p. 204.
758. Derselbe, Altes und Neues über Jugendgerichte. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 3—4. p. 270.
759. Staudenmaier, Ludwig, Die Magie als experimentelle Naturwissenschaft. Leipzig. Akad. Verlagsgesellschaft.
760. Steinhardt, Irving David, Ten Sex Talks to Girls. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 8—21. p. 847. 1064.
761. Stekel, Wilhelm, Ein Fall von larvierter Onanie. Zentralbl. f. Psychoanalyse. Bd. 3. H. 3. p. 159.
762. Derselbe, Masken der Homosexualität. ibidem. 2. Jahrg. H. 7. p. 367.
763. Derselbe, Über ein Zeremoniell vor dem Schlafengehen. ibidem. H. 10/11. p. 557.
764. Derselbe, Die Träume der Dichter. Eine vergleichende Untersuchung der unbewussten Triebkräfte bei Dichtern, Neurotikern und Verbrechern. (Bausteine zur Psychologie des Künstlers und des Kunstwerks.) Wiesbaden. J. F. Bergmann.
765. Stelletzky, M., Zur Frage der Degeneration. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. **11.** 802.
766. Sterilization of Criminals and Defectives. The Journ. of Nerv. and Mental Disease. 1913. Vol. 40. p. 44. **(Sitzungsbericht.)**
767. Sternberg, Theodor, Das Verbrechen im Kultur- und Seelenleben der Menschheit. Das Recht. Bd. XI. Berlin. Puttkammer und Mühlbrecht.
768. Steyerthal, Armin, Die Stigmata Diaboli. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 53. p. 529.
769. Stier, Ewald, Die Wehrpflicht der Verbrecher. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 5. p. 272.
770. Derselbe, Zur Aetiologie des konträren Sexualgefühls. Monatsschr. f. Psychiatrie. Bd. 32. H. 3. p. 221.
771. Stockard, Charles R., An Experimental Study of Racial Degeneration in Mammals Treated with Alcohol. Arch. of Internal Medicine. Vol. 10. p. 369—398.
772. Stockis, Eug., Procédé de révélation des écritures secrètes. Revue de Méd. légale. **19.** 139.
773. Derselbe, Nouvelle méthode de révélation par l'jode des empreintes latentes sur le papier. ibidem. p. 266.



774. Derselbe et Lecha - Marzo, A., Le sous-classement des empreintes palmaires. Arch. d'Anthropol. crim. T. 27. p. 919.
775. Stooss, C., Zwei merkwürdige Fälle aus dem Anfang des neunzehnten Jahrhunderts. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 46. H. 3—4. p. 203.
776. Storfer, A. J., Zwei Typen der Märchenerotik. Sexual-Probleme. April. p. 257.
777. Derselbe, Jungfrau und Dirne. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 200.
778. Derselbe, Die Sonderstellung des Vatermordes. Schriften zur angew. Seelenkunde. 1911. Leipzig-Wien. Fr. Deuticke.
779. Stourzh, Herbert, Die wahre sexuelle Frage. Sexual-Probleme. No. 1. p. 30.
780. Strohmayer, W., Psychiatrisch-genealogische Untersuchung der Abstammung König Ludwig II. und Otto I. von Bayern. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Wiesbaden. J. F. Bergmann.
781. Derselbe, Die Vererbung der Habsburger Familientypus. Vorläufige Mitteilung. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie. 8. 775—785. 9. 150—164.
782. Derselbe, Die Inzuchtfrage. Vereinsbeil. d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 142.
783. Derselbe, und Forst, Die morphologischen Merkmale der Habsburger. Neurol. Centralbl. p. 657. (Sitzungsbericht.)
784. Sudhoff, Karl, Das Gotteslästerermandat, Berthold von Henneberg und die Syphilis. Mitt. z. Geschichte der Medizin u. der Naturwissensch. No. 50. Bd. XII. No. 1. p. 1.
785. Sullivan, Joseph Matthew, Police Gleanings. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 3. p. 393.
786. Swinderen, Van, Esquisse de droit pénal actuel dans les Pays Bas et à l'étranger. Tome IX. Groningue. P. Noordhoff.
787. Szana, A., Die Psychopathologie und soziale Hygiene der verkommenen Kinder. Elemeorvosi Munkálatai. 6. 147.
788. Tallant, A. W., Medical Study of Delinquent Girls. Bull. Amer. Acad. of Medicine. Oct.
789. Tamburini, Über die Beziehungen zwischen Kultur und Geisteskrankheiten. Neurologia. Bd. XI. H. 1. (Japanisch.)
790. Taralli, Amilcare, Il brigante Salomone. Arch. di Antropol. crim. T. 33. fasc. 5. p. 489.
791. Taylor, G. H., Color Sense in Relation to Emotion of Sex. Australasian Med. Gaz. Aug. 24.
792. Taylor, J. Madison, Asexualization of the Unfit. The Alienist and Neurologist. Vol. XXXIII. No. 1. p. 10.
793. Derselbe, The Negro and His Health Problems. Medical Record. Vol. 82. No. 12. p. 513.
794. Tchernoff et Delhay, Les opérations de bourse devant la justice pénale. Paris. Pedone.
795. Terrestis, Vom Berge Sinai. Elberfeld. Erd-Verlag.
796. Thienemann, Martin, Untersuchungen über die Kriminalität in der Provinz Ostpreussen. Inaug.-Dissert. Halle.
797. Thorn, W., Über die Ursachen des Geburtenrückgangs und die Mittel zu seiner Bekämpfung, unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Magdeburg. Prakt. Ergebn. der Geburtshülfe. V. Jahrg. H. 1. p. 28.
798. Többen, Heinrich, Ein Beitrag zur Psychologie der zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe verurteilten oder begnadigten Verbrecher. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 8. p. 449.
799. Derselbe, Geisteskranke Verbrecher und Irrenanstalten. Sitzungsber. d. Mediz.-naturwissensch. Ges. zu Münster i. W. Nov. 1911.
800. Toporkoff, N., Religiöse Bewegungen und Geisteskrankheit. Der heilige Franziskus. Neurol. Bote. (Russ.) 19. 135.
801. Treves, L'alcool come isteroidizzatore e come epilettoidizzatore. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38 p. 84. (Sitzungsbericht.)
802. Truelle, Impulsion homicide et impulsion suicide d'origine alcoolique. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 327. (Sitzungsbericht.)
803. Vallon, Nécessité d'asiles de sûreté pour les alcooliques criminels. Soc. de Méd. légale. 9. oct. 1911.
804. Valtorta, D., Mentalità e reazioni psicologiche dell' alcoolismo. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 96. (Sitzungsbericht.)
805. Veit, J., Über die Ursachen der Verminderung der Fruchtbarkeit. Prakt. Ergebn. d. Geburtshülfe. V. Jahrg. H. 1. p. 71.
806. Vermale, F., Histoire de ma rue. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVII. p. 362.
807. Vermalle, P., L'anthropométrie des dégénérés. Rapports entre les mensurations des différents segments anthropométriques. Thèse de Lyon.
808. Vernet, Georges, Un médecin satyre. Ann. médico-psychol. 10. S. T. I. p. 554.
809. Vernier, Chester G., Annual Meeting of the Illinois Branch. Journ. of the Amer. Criminal Law and Criminology. Vol. III. No. 2. p. 249.



810. Veyga, Fr. de, I. Los „Luntardos“. Psicologia de los delincuentes profesionales. II. Los auxiliares de la delincuencia. Buenos Aires. 1910.
811. Viollette, Maurice, La démoralisation de la jeunesse par les lectures criminelles. Gaz. méd. de Paris. No. 140. p. 101.
812. Vögele, Albert, Der Pessimismus und das Tragische in Kunst und Leben. Freiburg. 1910. Herder.
813. Voivenel, Paul, L'alcool, la femme et le pantin. Annales médico-psychol. 10. S. T. I. p. 38.
814. Voss, Zur forensischen Kasuistik des sog. neurasthenischen Irreseins. Groß' Archiv. Bd. 49. p. 133ff.
815. Walbaum, Okkultismus und Medizin. Medizin. Klinik. No. 17. p. 713.
816. Walcher, G. jr., Die Herkunft der unehelichen Kinder in der K. Landeshebammenschule zu Stuttgart. Mediz. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXII. No. 18. p. 289.
817. Wallner, Julius, Religiöser Wahnsinn, oder Betrug? Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 1—2. p. 62.
818. Wanke, Psychiatrie und Pädagogik in Beziehung zur geschlechtlichen Enthaltsamkeit. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 31. p. 353.
819. Washington, Booker T., Negro Crime and Strong Drink. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 3. p. 384.
820. Wassermann, R., Ist die Kriminalität der Juden Rassenkriminalität? Zeitschr. f. Demographie u. Statistik d. Juden. 1911. p. 36—39.
821. Wassermeyer, Ueber Selbstmord. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 50. H. 1. p. 255.
822. Waugh, William F., „The Way of a Man with a Maid“. The Alienist and Neurologist. Vol. 33. No. 3. p. 278.
823. Weber, Richard, Zur Psychologie des Vagabundentums. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 22. p. 851.
824. Weber, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher u. gemeingefährlicher Geisteskranker. Aus: Ergebnisse der Neurologie u. Psychiatrie. Fischer. Jena.
825. Weinberg, Wilhelm, Hereditätsforschung und Soziologie. Neurol. Centralbl. p. 657. **(Sitzungsbericht.)**
826. Derselbe, Vererbung und Soziologie. Berl. klin. Wochenschr. No. 22. p. 1030.
827. Derselbe, Ueber Methoden der Vererbungsforschung beim Menschen. ibidem. No. 14—15.
828. Werner, Der medizinische Aberglaube und abergläubische Kurpfuscherei. Corresp.-Blatt d. württemb. ärztl. Landesver. p. 383. **(Sitzungsbericht.)**
829. Wex, Ueber die Errichtung städtischer Wohlfahrtsämter. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 24. p. 926.
830. Weyert, Untersuchungen an ehemaligen Fürsorgezöglingen im Festungsgefängnis. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 2. p. 180.
831. Weygandt, W., Die ausländischen, insbesondere die überseeischen Geisteskranken. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 85.
832. Weygold, Frederick, Die Hunkazeremonie. Archiv f. Anthropologie. N. F. Bd. XI. H. 1/2. p. 145.
833. Whetham, W. C. D., et Wood, F. Adams, La race et l'histoire. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. II. p. 259. **(Sitzungsbericht.)**
834. Wieckmann, A., Bericht über die in den Jahren 1893—1912 in der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten in Göttingen beobachteten angeborenen Missbildungen des äussern Ohres. Inaug.-Dissert. Göttingen.
835. Wiedemann, Franz, Der Selbstmord in seiner detailgeographischen Ausgliederung im Deutschen Reich (bezw. Preussen). Inaug.-Dissert. München.
836. Wieland, Konstantin, Das sechste Gebot und die Ehe. Eine Studie über das sexuelle Problem. Augsburg. Th. Lampart.
837. Wietfeld, Heinrich, Vierzehn Fälle von Sexualvergehen. Inaug.-Dissert. Freiburg i/B.
838. Wilhelm, E., Beseitigung der Zeugungsfähigkeit und Körperverletzung de lege lata und de lege ferenda. Jurist.-psych. Grenzfragen. 1911. VII. H. 6—7. Halle a/S. C. Marhold.
839. Derselbe, Die künstliche Zeugung beim Menschen und ihre Beziehungen zum Recht. ibidem. 1911. 7. H. 6/7.
840. Derselbe, Die rechtliche Beurteilung des ärztlichen Rates zum illegitimen Geschlechtsverkehr. Sexual-Probleme. Sept. Okt. p. 605. 680.
841. Derselbe, Die Behandlung der minderjährigen Prostituierten in Frankreich, insbesondere nach dem Gesetz vom 11. April 1906. Zeitschr. f. die ges. Strafrechtswissensch. Bd. 33. p. 406.
842. Derselbe, Die Beseitigung der Zeugungsfähigkeit aus sozialen oder sozialpolitischen Gründen in rechtlicher Beziehung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 8. p. 470.



843. Williams, E. Cecil, Notes on a Case of Precocious Development in a Boy, Aged 6 Years. Proc. of the Royal Soc. of Medicine. Vol. VI. No. 1. Section for the Study of Disease in Children. p. 24.
844. Williams, Tom A., The Care of the Mentally Disturbed, Not Permanently Insane. New York Med. Journ. Vol. XCVI. No. 13. p. 633.
845. Wilmanns, Karl, Das Landstreicher- und Bettlertum der Gegenwart. Aus: Kultur und Fortschritt. Gautzsch b. Leipzig. Felix Dietrich.
846. Winckel, F. v., Die kriminelle Fruchtabtreibung. Berlin-Lichterfelde. P. Langenscheidt.
847. Winslow, John B., The Presidents Address. Journ. of the Amer. Inst. of Criminol. Law. Vol. III. No. 4. p. 506.
848. Wirth, Der Alkoholismus, seine Gefahren und Bekämpfung. Dtsch. Militärärztl. Zeitschr. No. 14. p. 521—532.
849. Wolf, Julius, Der Geburtsrückgang und seine Bekämpfung. Berl. klin. Wochenschr. No. 49—50. p. 2297. 2351.
850. Derselbe, Der Geburtenrückgang. Die Rationalisierung des Sexuallebens in unserer Zeit. Jena. G. Fischer.
851. Wolff, Ludwig, Cesare Lombroso e sua opera scientifica. Arch. di Antrop. crim. Vol. XXXIII. fasc. 1—2. p. 37.
852. Derselbe, Cesare Lombroso och Hans Liesgärning. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. Bd. XVI. H. 6. 1911.
853. Work, W., The Sociological Aspect of Insanity and Allied Defects. The Amer. Journal of Insanity. 69. 1.
854. Wright, Jonathan, The Inheritance of Acquired Characters. New York Med. Journ. Vol. XCVI. No. 11. p. 513. No. 17. p. 825. No. 22. p. 1104.
855. Wulff, M., Beiträge zur infantilen Sexualität. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. H. 1. p. 6.
856. Young, G. A., Report of a Case of Versuchungs Angst, Attended by Visual Hallucinations of a Homicidal Nature. Journ. of Abnormal Psychol. 3. 204.
857. Yvernès, Maurice, L'alcoolisme et la criminalité. Arch. d'Anthropol. crim. T. XXVII. p. 5.
858. Zaitzeff, Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit bei Massenverbrechen. Halle. C. Marhold.
859. Zangger, Der Mord an Helene Jurschke. Groß' Archiv. Bd. 46. p. 32ff.
860. Zilocchi, Alberto, Indagini anatomo-patologiche su un caso di ginecomastia. Il Morgagni. Parte I. (Archivio.) No. 5. p. 171.
861. Derselbe, Demenza paranoide con ideografismo interessante. Nota clinica. Arch. di Antropol. crim. Vol. 33. fasc. 5. p. 519.
862. Zürcher, E., Zur Frage des akademischen Unterrichts in der Technik der Untersuchung (Kriminalistik). Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. 44. H. 1. p. 1.

Einleitung.

Das Zusammentreffen des statistischen Nachweises eines in Deutschland seit Jahrzehnten zunehmenden Geburtenrückganges mit politischen Ereignissen, die eine Machtverschiebung der Rassen auch im alten Europa immer drohender in Erscheinung treten lassen, haben eine Welle der Besorgnis in den Gemütern gebildeter Patrioten erregt und Anstoß zu wissenschaftlichen Untersuchungen gegeben, die auch den Kriminalanthropologen ganz besonders interessieren. Die Zunahme der Konzeptionsverhinderung mit ihrem Gefolge einer speziellen Industrie und Reklame, die Zunahme vor allem der kriminellen Aborte konnten der Beobachtung der Ärzte nicht entgehen. Es trat nun plötzlich der Schrei nach Volksvermehrung auf in einer Zeit, wo andererseits die Umwertung der Sexualethik mit der Tendenz nach einer Befreiung des Individuums — auch besonders des weiblichen — von alten, früher als selbstverständlich hingenommenen Bindungen und Gebräuchen immer weitere Volkskreise ergriff, — einer wachsenden Tendenz nach Selbstbestimmung und Selbstverantwortlichkeit, die auch ihren Ausdruck suchte in der vermehrten Macht über den eigenen Körper, in der Beherrschung der Kindererzeugung durch gewollte Mittel, ja in der Macht über die Frucht im Mutterleibe, die man als einen Teil der Mutter ihr zu zerstören



nicht mehr verwehren wollte. Die höhere soziale und persönliche Kultur verlangte nach einer solchen Machterweiterung als nach einem Äquivalent der allgemeinen Bildung mit ihrer energieverzehrenden Arbeit (man denke an die Frau in Schule und Kontor, überhaupt als selbständige Erwerberin), mit ihrem Aufgeben des noch in der Biedermeierzeit, der Zeit ohne Eisenbahnen, Telephon, Broschüren und täglichen Morgen- und Abendzeitungen in der bürgerlichen Welt verbreiteten geruhsamen Behagens mit Großvaterstuhl und Glück im Winkel. Daß diese Umwälzung, diese Befreiung der Geister Auswüchse schaffen mußte, liegt in der menschlichen Unvollkommenheit, die jedem Fortschritt das Teufelszeichen des Extremen anhängt, die jedem glänzenden Avers einen um so weniger sauberen Revers mitgibt. Dieser Revers ist es nun ja gewöhnlich, der den Kriminalanthropologen und -Psychologen naturnotwendig zum Studium reizt. Daher die zahlreichen nicht nur nationalökonomischen, sondern auch ärztlichen Artikel, die das Thema behandeln: inwieweit ist der wachsende Trieb der geschlechtlich Verkehrenden die Konzeption einzuschränken, inwieweit gar der heute so leicht beschlossene künstliche Abortierungsversuch ein Zeichen der Degeneration, eines verbrecherischen Willens, — eine Gefahr für die Zukunft der Nation?

Von der Art der Beantwortung dieser Fragen wird dann auch die Art des Vorgehens gegen diese Zeiterscheinungen abhängen, wird der Kampf gegen die Auswüchse zu führen sein. — Der kriminelle Abort nimmt zu. Soll man ihn ganz freigeben? Nein, denn er korrumpiert die Achtung vor dem Leben, nicht nur vor dem Leben des Fötus, sondern vor dem Leben einer zukünftigen Mutter, das bei einer ernstlichen Abtreibung — womöglich durch dunkele Helfershelfer — gewöhnlich skrupellos und verbrecherisch aufs Spiel gesetzt wird. — Aber das beste Mittel dagegen? Täuschen wir uns nicht, es ist dasselbe wie das, was am ehesten gegen die so oft dauernde Sterilität hervorrufende venerische Infektion vorbeugend hilft, es ist der Präventivverkehr, der heute in der Zeit der Spätehe, der sexuellen Not, der Umwertung alter moralischer Gewohnheitswerte und der ins Wanken gekommenen doppelten Geschlechtsmoral nicht mehr künstlich eingeschränkt werden kann (steht doch der schädliche coitus interruptus dem Wollenden ganz umsonst zur Verfügung!) trotz allen Gezeters über schamlose Anpreisungen und Betrügereien mit tauglichen und untauglichen mechanischen und chemischen Artikeln! — Wollen, ja können wir überhaupt unsere Kulturerrungenschaften, die die Ansprüche an das Leben erhöhten, die Bildung allgemein machten, den Autoritätsglauben und Herdentrieb zugunsten einer autonomen Persönlichkeitsentwicklung immer mehr verdrängen, können wir die Schulen, die Verkehrsmittel, die Zeitungen usw. wieder in ihre frühere Primitivität zurückdämmen? Doch nie und nimmer! Dann heißt es sich aber auch damit abfinden, daß der Kulturmensch sich nicht mehr blindlings vermehrt, daß er sich bestrebt, lieber die Sterblichkeit zu verringern, als ungehemmt der Empfängnis freien Lauf zu lassen auf gut Glück hin, ob der frühe Tod der Sprößlinge oder wenigstens die Sorge, der Lohn des mütterlichen Energieaufwandes sei oder nicht. Schon in der Tierreihe ist die Vermehrung ganz deutlich umgekehrt proportional dem geistigen Höherstande der Art und ihrer Lebensbehauptung. Und vom menschlichen Genie als dem Gipfel des uns bekannten Lebendigen wissen wir, daß es oft kinderlos ist, oder daß wenigstens seine Familie gar bald erlischt. Auch genialen Völkern droht dementsprechend das Erlöschen als Völkerindividuen, gewiß! Aber das Genie der als Rasse untergegangenen Griechen und Römer befruchtet unsere Kultur doch noch heute, und griechische Kunst und römisches Recht



wirken heute noch ebenso leuchtend fort wie nur je. Trotzdem ist der Selbsterhaltungstrieb der Rasse ein berechtigter und nötiger, ja geradezu eine Voraussetzung des geistigen Fortschrittes der Menschheit, genau so, wie auch der Drang der ehrenvollen Selbsterhaltung des Einzelindividuums es ist. Bei den Rassen spielt sich eben der Kampf ums Dasein mit seiner Auslesekraft im großen ab. Der Sieg dürfte aber doch nicht nur unter allen Umständen an die größeren Bataillone geknüpft sein: sondern auch eben an das Genie der Rasse, an ihre technischen Errungenschaften, an die Qualität ihrer Söhne und Töchter und an ihre freie sittliche Kraft. Und hier greift der Kriminalanthropologe handelnd ein. Er studiert die Faktoren, die dem Wachsen der Qualität der Volksgenossen hindernd in den Weg treten, studiert das Ungesunde, das Degenerierende im Volkskörper und sucht die Mittel zu dessen Bekämpfung. Dabei ist ihm „Alles verstehen“ noch lange nicht „Alles verzeihen“, aber nicht bloß auf Grund von Unlustgefühlen, sondern mit Bewußtsein des Wirklichen und Möglichen will er das Gute schützen, das Schädliche kompensieren und unterdrücken. Dazu ist das Studium des Menschlichen, Allzumenschlichen, wie es die Kriminalanthropologie betreibt, grundlegend und nötig. Und daß dieses Studium zunehmende Ergebnisse zeitigt, das sollen die folgenden Besprechungen erhärten.

Allgemeines, Vererbung, Degeneration, Verbrechen, Alkoholismus.

Franz (203) versucht eine möglichst präzise Kenntnis von denjenigen Begriffen zu vermitteln, welche für unsere heutigen Vorstellungen von den Ursachen und vom Ablaufe der phylogenetischen Entwicklung entscheidend sind. Gegen die Darwinschen Lehren spräche die Vererbung in reinen Linien, die nichts anderes sei als ein Beweis für die Artkonstanz in den untersuchten Fällen. Dagegen könne uns die Lehre von den Mutationen, d. h. sprunghaften Variationen, weiterbringen, die wohl aufträten auf Einwirkung ungewöhnlicher äußerer Lebensbedingungen hin. Die Vererbung geschehe dann nach den Mendelschen Regeln. Die Mendelsche Vererbung verschärfe die Variation und unterstütze die Zuchtwahl. Die Paläontologie führe uns dem eigentlichen Ursprung des Lebens nicht näher, ihre Urkunden bedeuteten nur soviel wie die letzten Seiten eines Buches. Die ersten Protozoen seien schon hochkomplizierte Radiolarien, und der Mensch sei ganz und garnicht Endglied und Höhepunkt einer Entwicklung von der Amöbe aus. Die „Tierreihe“ sei durchaus „anthropozentrische Konstruktion“, eine Konvention bezüglich der Abstufung nach Graden der Menschenähnlichkeit. Man müsse die anthropozentrische Brille ablegen, dann werde man zurückkommen von der schematischen Unterscheidung des sog. Höheren vom sog. Niederen.

Die tiefgründigen experimentellen biologischen Studien **Hertwig**'s (305) führen ihn zu dem Schluß, daß die Geschlechtsumbildung in den generativen Zellen wohl möglich ist, sogar durch äußere Einwirkungen. Er sagt: „Was nun die Veränderlichkeit der Geschlechtschromosomen anlangt, so scheint dieselbe in den einzelnen Abteilungen des Tier- und Pflanzenreiches sehr verschieden zu sein. In den meisten Fällen scheint ja der Sexualcharakter der Geschlechtszellen festgefügt zu sein, so daß der durch die Entwicklung der Geschlechtszellen gegebene Mechanismus der Geschlechtsbestimmung sich allen äußeren Einwirkungen gegenüber mit Zähigkeit behauptet. Diese in vielen Fällen unzweifelhaft vorhandene Festigung des Sexualcharakters hat zu der Auffassung geführt, daß eine willkürliche Geschlechtsbestimmung unmöglich sei. Ich glaube, daß dieser Satz sich in der ihm häufig zuerteilten



Allgemeinheit nicht wird aufrecht erhalten lassen, nicht einmal für die Wirbeltiere. In manchen Fällen wird, wie in den besprochenen Beispielen, eine metagame willkürliche Geschlechtsbestimmung sich ermöglichen lassen. Wo das nicht gelingt, wird es oft möglich sein, durch Beeinflussung der über das Geschlecht entscheidenden Reifeteilung eine willkürliche Geschlechtsbestimmung zu erzielen." Der Übertragung der Mendel-Regeln auf das „Sexualitätsproblem" steht Verf. sehr zurückhaltend gegenüber. Vor allem spräche hier gegen diese Regeln das Vorhandensein derjenigen sekundären Geschlechtscharaktere, die Hertwig als „konkordante" bezeichnet und beschreibt.

Die Forschungsmethode über Mendelsche Vererbung ist in erster Linie von Davenport und Bateson ausgebildet worden. **Hammer** (270) gibt deren Resultate im einzelnen wieder. Er kommt zu dem Schluß: „Schon ziemlich zahlreich sind die Beispiele aus der menschlichen Pathologie, die eine Vererbung nach Mendel wahrscheinlich machen. Auffallend ist die Tatsache, daß es sich hier fast immer um dominierende Vererbung handelt, die ja natürlich, da ein kontinuierlicher Zusammenhang zwischen den Betroffenen vorhanden ist, auch leichter festzustellen ist. Die Frage, wie solche Abnormitäten das erste Mal in Erscheinung treten, ist noch ungeklärt. Jedenfalls müssen wir uns aber von der Darwinschen Anschauung (Deszendenzlehre) freimachen, die sich die Entwicklung als unmerkliche und allmähliche Umformung durch Massen von Individuen vorstellte, während gerade die neueren Studien der Vererbung lehren, daß diskontinuierliche Aenderungen (Mutationen) etwas ganz Regelmäßiges sind."

An Diabetikerstammbäumen, ferner am Habsburger Familientypus, bei einer Familie mit Alkaptanurie und einer Familie mit Xeroderma pigmentosum, ferner einer mit Hypotrichosis congenita und Anidrosis und Zahnanomalien sucht **Pick** (607) die Gültigkeit der Mendelschen Vererbungsregeln auch beim Menschen nachzuweisen. Im besonderen zeigt sich nach ihm, daß auch für die rezessiven Abnormitäten gelegentlich das Zahlenverhältnis 3:1 mehr oder minder genau sich realisiert finde, was aber noch näher studiert werden müsse.

Hirschfeld (314) hält die zahlenmäßigen Belege in den ersten Diabetikerstammbäumen Picks (Deutsche Med. Wochenschrift 1911 Nr. 32) für nicht geglückt. Die angeblich rezessiven Zahlenverhältnisse seien höchstens Zufall.

Haecker (263) fragt sich: Gibt es auch beim Menschen „Rassenmerkmale" im Sinne der Erblichkeitsforschung, und verhalten sich diese ebenfalls nach dem Mendelschen Vererbungsmodus? Die meisten Kultur- und sehr viele Naturvölker der Gegenwart seien Mischrassen. Es könne aber keinem Zweifel unterliegen, daß diese Mischung der Rassen in den Erblichkeitsverhältnissen vieler Familien noch deutlich zum Ausdruck käme, und daß ein großer Teil der sogenannten Familiencharaktere in letzter Linie Rassenmerkmale seien. Tatsächlich seien dabei viele „mendelnde" Eigenschaften (Augenfarbe, Haarfarbe, Gesichtseigentümlichkeiten [Habsburger Lippe] usw.). Durch das Gesetz der Spaltung der einzelnen Eigenschaften und Rassenmerkmale unter sich kämen nun die verschiedensten Kombinationen zustande. Ein großes Problem sei noch das der Entstehung der erblichen Variationen und das der Vererbung erworbener Eigenschaften, fernerhin das der Geschlechtsbestimmungslehre. Die Keimzellen seien wohl schon progam, d. h. vor der Befruchtung geschlechtlich bestimmt. Syngam, d. h. bei der Befruchtung, erfolge dann die endgültige geschlechtliche Bestimmung, wobei sich im Falle eines Zusammentreffens entgegengesetzt-geschlechtlich bestimmter Agenzien oder Faktoren ein ähnliches gegen-



sätzliches Wertverhältnis geltend mache wie zwischen den Anlagen eines „dominierenden“ und eines „rezessiven“ mendelnden Merkmals. So gelange man zwar langsam, aber doch deutlich in der Erkenntnis dieser Dinge immer weiter.

Hammerschlag (275) hat äußerst interessante Zuchtversuche mit stets hereditär degenerativ tauben japanischen Tanzmäusen und albinotischen weißen Laufmäusen gemacht und die Mendelschen Vererbungsregeln in ihren Zahlenverhältnissen glänzend bestätigt gefunden. Natürlich kann man mit den Menschen, hier hereditär tauben, nicht ebenso experimentieren, es muß daher die (etwas unsichere) Statistik der Ehen mit ihrer Nachkommenschaft zu Rate gezogen werden. Auch aus den Resultaten in dieser Beziehung glaubt Hammerschlag, schließen zu dürfen, daß für die menschliche hereditäre Taubheit ebenfalls das Mendelsche Gesetz gilt, daß insbesondere auch diese menschliche Taubheit sich fast wie ein rezessiver Charakter verhält.

Nach **Crzellitzer** (123) gelten die Mendelschen Vererbungsgesetze zweifellos für gewisse Eigenschaften des menschlichen Körpers und Geistes; ebenso zweifellos gelten sie für andere — gerade der wichtigsten — menschlichen Qualitäten nicht. Die eigentliche nächste Aufgabe ist hier vorläufig die, eindeutiges klares Material herbeizuschaffen. Daher ist in der Familienforschung vorläufig das Wichtigste die Methodik. Werkzeuge derartiger Forschung sind 1. Fixierung des Personenkreises, auf den es ankommt, und der infolgedessen untersucht werden soll, 2. Fixierung der Eigenschaften, auf die es zunächst ankommt — sogenannte Fragestellung —, und 3. Methodik der graphischen Darstellung des eruierten Materials. Für die Familienforschung genügt weder der Stammbaum, noch die Ahnentafel (Deszendenz- und Aszendenztafel), wirklich umfassend ist nur die Crzellitzersche Sippschaftstafel, welche die Gesamtheit aller Blutsverwandten umfaßt rückwärts bis zu den Urgroßeltern. Verf. schildert eingehend Systematik und graphische Darstellung solcher Tafeln. Als bisherige Resultate der Familienforschung gibt Crzellitzer an: Es könne im allgemeinen keine Rede davon sein, daß, wie man seit Jahrhunderten glaubte, alle Eigenschaften mit besonderer Treue und Intensität im Mannesstamme vererbt würden (echte Hohenzollern, echte Habsburger usw.). Ein anderes, eventuell für die Gattenwahl sehr wichtiges Problem ist das, welche Eigenschaften als dominierende oder rezessive im Mendelschen Sinne vererbt werden. Nettleship hielt z. B. den angeborenen Augenstar für dominierend vererbbar. Die drei ersten Kinder eines Ehepaares scheinen etwas minder widerstandsfähiger gegen Tuberkulose, Geisteskrankheit und verbrecherische Triebe zu sein als die späteren. Zwischen zwei Geburten müßten mit Rücksicht auf die Mutter mindestens zwei Jahre Zwischenraum liegen. Der Einfluß der Blutsverwandtschaft wurde überschätzt. Die Regel, daß Rassenmischlinge die „schlechten“ Eigenschaften der Eltern erbten, sei mehr fable convenue als wissenschaftliche Tatsache. Der Einfluß der Keimgifte (Tuberkulose, Alkohol, Syphilis) sei keine echte Vererbung, sondern verursache meist nur eine allgemeine Schwächlichkeit der Abkömmlinge. Zum Schluß weist Verf. noch kurz auf die interessante „kulturelle“ Kontraselektion (Vorzüge wirken schädigend, z. B. negative Auslese durch Entziehung der Tauglichsten zu Kriegszeiten, durch Anheimfallen der armen Schönheit der Verführung und wohl gar der Prostitution, durch späte Heiratsmöglichkeit der begabten akademischen Kreise usw.). Hier richtige Korrelationen zu finden, sei Aufgabe der neuen Politik der „Eugenik“.

Sommer (751): Eine Fülle von hochinteressantem Stoff und der mannigfaltigsten Anregung ist angesammelt in dem Bericht über den von Prof.



Sommer, Gießen, inauguriertem Kurs und Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre. Recht gut faßte die Bedeutung des Kongresses Geheimer Obermedizinalrat Hauser zusammen, indem er in seiner Begrüßungsrede sagte: „Sie sind bemüht, die Methoden festzulegen, mit deren Hilfe Sie die Besonderheiten in körperlicher und geistiger Beziehung erforschen, die der einzelnen Persönlichkeit mit Rücksicht auf ihre Zugehörigkeit zur Rasse und Familie eigentümlich sind. Bei dieser Spezialisierung haben Sie aber den Zusammenhang mit dem Ganzen nicht vergessen, und Sie sind bemüht, der gesamten Wissenschaft, besonders der Heilkunde, der Staatsverwaltung und der Rechtspflege die wissenschaftlichen Unterlagen zu verschaffen, die sie sämtlich nicht entbehren können. Sie wollen aber nicht nur das pathologische Verhalten des einzelnen Individuums, seinen Abstand von der Norm ermitteln, Sie eröffnen in ihren Verhandlungen auch einen trostvollen Ausblick auf jene Vorgänge, die Sie als regenerative bezeichnen." Als kriminalanthropologisch besonders wichtig hervorzuheben sind die in dem Sonderabdruck wiedergegebenen Vorträge, die sich mit der „kriminellen Anlage" beschäftigen, so der Vortrag Rosenfelds: „Verbrechensbekämpfung und Rassenhygiene" (Empfehlung der rassenhygienischen Ausgestaltung unseres Erziehungs- und Strafsystems z. B. durch Schutzaufsicht, Eheverbote, freiwillige Unterwerfung unter eine sterilisierende Operation, Internierung der Unverbesserlichen und der gefährlichen Minderwertigen usw.). Kurella behandelt die Lehre von der „kriminellen Anlage", die noch besonders durch die Familienforschung als Methode ausgebaut werden möchte. Diese Anlage könnte u. a. an alten Familien studiert werden wie an den Medizi, den Riario, den Borgia, den Choiseul, Mirabeau usw. Solche Studien dürften die endogene Natur der kriminellen Anlage erhärten. Oberholzer empfiehlt die Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für die „Sterilisierung von Geisteskranken und geisteskranken Verbrechern aus sozialen und rassehygienischen Gründen". Im Anschluß an diesen Vortrag warnt Sommer vor dogmatischer Anwendung der von Oberholzer angeregten Vorschläge. Vor allem eigneten sich dieselben nicht im entferntesten dazu, als rassenhygienisches Heilmittel an die Öffentlichkeit gebracht zu werden. Im übrigen beschäftigte sich der Kongreß in hervorragender Weise mit den sogenannten „Vererbungsregeln", einem Thema, das für den Kriminalanthropologen ganz allgemein von größter Bedeutung ist, da diese Forschungen erst die Unterlage geben werden für eine Beurteilung und eventuelle Beeinflussung des endogenen Faktors des verbrecherischen Menschen.

Sommer (752) schlägt vor, daß die zuständigen Stellen, besonders der Senat der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft, sich mit der Frage beschäftigen, ob und in welcher Form die Familienforschung und Vererbungslehre beim Menschen innerhalb der Aufgaben der Gesellschaft in Form eines Institutes organisiert werden kann.

Andererseits erscheine es erforderlich, daß auch die Reichsbehörden sich mit der Frage einer psychiatrischen Abteilung des Reichsgesundheitsamtes weiter beschäftigten. Jedenfalls sollte der Plan eines Reichsinstitutes für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre in einer der beiden erörterten Formen zur Durchführung kommen.

Eine tiefgründige, auf umfassende Literaturkenntnis gestützte Arbeit **Rohleder's** (656) über Zeugung unter Blutsverwandten. An Beispielen aus Geschichte und Völkerkunde weist er nach, daß engste Inzucht resp. Inzest bestimmte Familiencharaktere züchtet, weitere Inzucht Rassencharaktere und endlich die weiteste Inzucht in einem ganzen Volke, die Endogamie, ganz bestimmte Volkscharaktere. So ist für Rohleder die Inzucht ein äußerst



wichtiger Kulturfaktor, und er weist die angeblichen Folgen der Blutsverwandtschaft zurück. „Das Hochhalten des Inzuchtgeistes und Inzuchtsprinzips hat die Kulturvölker zu dem gemacht, was sie geworden." ... „Aber auch die Volksinzucht bedarf einer Unterbrechung, sie wird, wenn sie zu lange wirkt, dem eignen Volke zum Verderben." Seiner Auffassung gemäß möchte Rohleder natürlich auch die juristischen Anschauungen, die sich auf den Inzest beziehen, modifiziert wissen.

Rohleder (657) macht darauf aufmerksam, daß man die auffallend vielen Blödsinnigen im Aostatale in Italien nicht von vornherein der Inzucht in die Schuhe schieben dürfe. Es handele sich hier vielmehr um Kretinismus, einer endemischen Kropfkachexie, die allerdings eminent erblich ist, und damit auch die geistige Degeneration. Dem endemischen Kropf mit seinen Folgen verfielen aber auch gesunde einwandernde Personen. Diese Art der Verblödung sei also keine Folge von Blutsverwandtschaft.

In seiner fleißigen Studie über die Zucht in einer deutschen Rambouillet-Stammschäferei kommt **Schmehl** (689) zu folgendem Ergebnis: In der Zemliner Herde bilde eine mittlere Inzucht die Regel. Bei den leistungsfähigsten Tieren sei aber entschieden ein Überwiegen enger Inzucht festzustellen. Er müsse also der Ansicht zustimmen, die dahin gehe, daß der Inzucht bei der Bildung von Rassen und Stämmen eine sehr wesentliche Bedeutung zukomme.

Kolonialpolitiker wie Rassenhygieniker unterlassen in der Regel, ihre Meinung von der biologischen Schädlichkeit der Rassenkreuzung mit Tatsachen zu begründen, sagt **Fehlinger** (182). Versucht man aber, an der Hand von Tatsachen die biologischen Folgen von Mischehen aufzudecken, so fällt vor allem auf, daß die wenigen Ergebnisse von Beobachtungen, die vorliegen, nicht übereinstimmen und zum Teil einander widersprechend sind. Einige Beobachtungen sprechen dafür, daß Mischrassen nicht konstant sind, sondern daß sie nach dem Mendelschen Gesetz spalten. Aber weder kräftige konstante Bastardvölker noch Spaltungen scheinen nach Rassenkreuzungen die Regel zu sein, zumeist erfahren wir, daß Mischbevölkerungen im Niedergang begriffen sind. So weist auch die amerikanische Statistik entschieden auf eine biologische Minderwertigkeit der dortigen zahlreichen Mischlinge hin. Vor allem ist die Vermehrungsfähigkeit der Mischlingsbevölkerung stark reduziert, so daß sie, wenn nicht fortwährend neue Vermischungen stattfänden, im Laufe einiger Generationen vollständig untergehen würde. Zweifelhaft ist, ob Kreuzungen aller Art dieselben Folgen zeitigen. In Kolonien, die für dauernde europäische Besiedelung ungeeignet sind, ist die Schädigung durch einige Mischehen gewiß nicht beträchtlich. Dort, wo aber Europäer dauernd existieren können, hängt die Frage des Eheverbotes mit Eingeborenen ganz von dem Ziele ab, das sich die Kolonialpolitik steckt, davon, ob man die Ausbreitung der Weißen auf Kosten der Farbigen wünscht oder nicht.

Kellog (377) behandelt die angebliche Zunahme der Neigung zur Rassendegeneration auch unter Berücksichtigung der Resultate des britischen Interdepartemental-Komitees über Rassenverschlechterung. Er bespricht die wachsende Zahnlosigkeit des Menschengeschlechts, die Abnahme der Geburtenziffer in zivilisierten Länden, die Zunahme der Zahl der nährunfähigen Mütter, das erschreckende Wachsen der Zahl der Geisteskranken, Imbezillen und Idioten, die rapide Ausbreitung der Krebsplage, die Zunahme der Augen- und Ohrendefekte, die zunehmenden Todesfälle an chronischen Krankheiten, die sich in 30 Jahren verdoppelt hätten, die Zunahme der Verbrechen usw. Er bespricht dann die anatomischen Erscheinungen der Degeneration des Menschen, neue und abnorme Varietäten der menschlichen Rassen und kommt dann



auf einige Ursachen der Rassendegeneration zu sprechen, vor allem auf den zunehmenden Gebrauch von narkotischen Giften.

Mayer (509) hat sich die dankenswerte Aufgabe gestellt, den Grundlagen für die Behauptung, daß die Dekadenz der heutigen Kulturmenschheit rapid zunehme, nachzugehen unter besonderer Berücksichtigung der durch ihre relative Einheitlichkeit wertvollen Sanitätsstatistik der Armee. Die kritische Durcharbeitung dieser Statistik führt zu folgenden Resultaten:

1. Es ist eine starke Zunahme der statistisch gewonnenen Zahl von Nerven- und Geistesleiden festzustellen, sowohl bei den Erkrankungen als auch bei den Entlassungen wegen dieser Leiden. Ursachen davon scheinen mehr Äußerlichkeiten zu sein (neuere ärztliche Auffassungen gewisser Leiden, Änderungen des Rapportschemas) — vielleicht aber auch eine tatsächliche Zunahme.

2. Es werden jetzt mehr Fälle von Geisteskrankheit usw. ärztlich behandelt als früher (bessere Diagnosen).

3. Bei Betrachtung der Zahl der Geisteskranken ist zu bedenken, daß für das militärische Leben etwa zweimal soviel Leute wegen geistiger Defekte untauglich sind, als die allgemeine Statistik als geisteskrank bezeichnet.

4. Die Rasse spielt, vielleicht sogar innerhalb Deutschlands, eine Rolle, indem hier die süd- und mitteldeutschen und rheinischen Landesteile mehr Nervenkranke haben. Möglicherweise kommen dabei aber auch andere Faktoren (Industrie- und Landbezirke u. a.) in Betracht.

5. Selbstmorde sind in der Armee weniger häufig als früher und entsprechen jetzt genau der Prozentzahl unter der gleichalterigen männlichen Zivilbevölkerung. Dies spricht für eine gute Auslese der Mannschaften, da doch das militärische Leben (ungewohnte neue Verhältnisse, Entfernung von der Heimat u. a.) häufig den Anstoß zu diesem Schritt bilden kann.

Die Ergebnisse der Arbeit, auf das große Ganze bezogen, lassen folgendes bezüglich der Frage der Zunahme von Geistes- und Nervenleiden erkennen:

1. Die Hauptursachen: Alkoholismus und Lues sind in den letzten Jahrzehnten nicht im Zunehmen. Dagegen scheint ein ungünstiger Einfluß der Kultur im allgemeinen sich stärker als früher geltend zu machen (Neurasthenie, Paralyse u. a.).

2. Als Beweis einer zunehmenden Zahl von Geistes- und Nervenleiden darf nicht gelten: die Zunahme des Selbstmordes, die Zunahme der in Irrenanstalten und Krankenhäusern verpflegten Geisteskranken, auch nicht die Zunahme dieser Kranken nach den Volkszählungsergebnissen oder nach der Sanitätsstatistik der Armee.

3. Diese scheinbaren Beweise werden durch andere Faktoren beeinflußt: Der Selbstmord vor allem durch die ganze Lebensauffassung, die zunehmende Zahl verpflegter Irren durch die allgemein zurückgehende häusliche Krankenpflege im Gegensatz zur Anstaltsbehandlung; die Zählung der Kranken endlich gibt wegen der veränderlichen Begriffe von Geisteskrankheit und Nervenleiden keine für die vergleichende Statistik brauchbaren Zahlen.

4. Die ärztliche Anschauung von Nerven- und Geisteskranken hat sich vor allem in dem Sinne geändert, als der Begriff psychopathischer Konstitutionen und funktioneller Erkrankungen (Neurasthenie, Hysterie) geläufig wurden. Dadurch mehr Formen angeborener geistiger Defekte, weniger Simulationsverdacht.

5. Die schweren Formen geistiger Erkrankungen sind sogar an Zahl im Heere etwas zurückgegangen. Die schweren Formen von epileptischen oder hysterischen Krampfkrankheiten sind an Zahl etwa gleichgeblieben.



6. Bei der sorgfältigen Auslese vor der Einstellung sollte man einen stärkeren Rückgang dieser Erkrankungen erwarten; das Ausbleiben dieses Rückganges spricht schon an sich für eine tatsächliche Zunahme der Geisteskrankheiten in der Bevölkerung. Die ländliche Bevölkerung erscheint in dieser Beziehung gesünder, die übrigen Berufsarten aber, insbesondere auch die Bureauarbeiter erkranken besonders häufig. Auch die Zunahme von Paralyse und Hirnlues, welche nach der allgemeinen Statistik festzustehen scheint, spricht für eine gewisse Widerstandsunfähigkeit des Zentralnervensystems des heutigen Kulturmenschen.

7. Daß Neurasthenie und Hysterie tatsächlich zugenommen haben, kann statistisch bei der Verschiedenheit der ärztlichen Beurteilung dieser Erkrankungen zwischen einst und jetzt nicht nachgewiesen werden. Auffallend ist aber die hohe Zahl von Bureauarbeitern unter den Neurasthenikern; in der Armee verursacht insbesondere die Zahlmeisterlaufbahn viele Erkrankungen dieser Art.

8. Alles in allem genommen, gewinnt man den Eindruck, daß durch unsere Kultur, die speziell in Deutschland die Landbevölkerung immer mehr zurückdrängt, eine Überforderung des Nervensystems stattfindet und als Folge davon eine Schwächung, eine mangelnde Widerstandskraft gegen äußere Schädlichkeiten (Lues, Alkohol u. a.) entsteht, — und die geschwächte Anlage scheint auch vererbt zu werden. Andererseits paßt sich das Nervensystem auch wieder gesteigerten Anforderungen an, so daß von kräftigen Naturen Leistungen des bis zum äußersten angespannten Nervensystems ausgeführt werden, wie es nur der moderne Mensch imstande sein dürfte, ohne daß dieselben nervös oder psychisch erkranken. Eine allgemeine nervöse Entartung dürfte danach nicht zu erwarten sein, wohl aber ein häufigeres Unterliegen der nervös Schwachen.

9. Die auch von Ausländern (z. B. Livi) bemerkte Zunahme geistiger und nervöser Erkrankungen speziell in Deutschland erklärt sich aus der raschen Umwandlung Deutschlands aus einem mehr landwirtschaftlichen Staat in einen Industriestaat.

Grober (246) gibt zunächst eine allgemeine Darstellung der Rassen- und Sippentherapie, wie er es nennt, und versucht ihr an einigen Beispielen, wie sie ihm die Praxis geboten hat, eine praktische, aus dem Leben kommende und auf das Leben wirkende Grundlage zu sichern, überhaupt am konkreten Beispiel Möglichkeit, Veranlassung und Verlauf des Eingreifens zu zeigen und andere Ärzte praktisch und in einer kurzen Zusammenfassung der wichtigsten allgemeinen Punkte auf die bei weitem noch nicht genug gewürdigte Bedeutung der in Frage stehenden Probleme hinzuweisen und sie zur Mitarbeit anzuregen.

Die Erfahrung hat ihm gelehrt: „Es gibt Wege, auf denen die Natur selbst die Sippe von den Zeichen und Erscheinungen der Degeneration befreit, und es gibt Wege, auf denen wir Ärzte sie dabei unterstützen können.“ Verf. schildert zwei Fälle, der erste ein Beispiel für die Erschöpfung einer begabten Sippe, ein einziger Sohn; der zweite ein Beispiel einer drohenden Familiendegeneration (vier schwächliche Geschwister, die aus schwer erkrankter Erbmasse stammten). Anhalt zur Therapie gaben vor allem sorgfältige Erörterungen über die Ahnentafel besonders des ersten Kranken (in der Aszendenz rastlos tätige Männer, einer davon zuckerkrank, mehrere luetisch infiziert). Therapie war hier die Auswahl einer geeigneten Gattin mit durchaus normaler, gesunder Ahnentafel und Fehlen besonderer geistiger Leistungen. Der fast stuporöse Kranke wachte schon während der Verlobung auf; das Paar ist jetzt körperlich und geistig leistungsfähig, glücklich



und hat drei gesunde Kinder. Eine Kompensation durch unverbrauchte Erbmasse war hier also möglich und erfolgreich.

Fall II: Vier Kinder, aus einer rasch reichgewordenen, einseitig energisch industriell interessierten Familie stammend (Vater paraluetisch gestorben), sind degenerativ entwickelt. Es wird jahrzehntelange bescheidene Landerziehung angeordnet, und die Kinder, ohne Wissen ihres Reichtums, gedeihen in der Einfachheit prächtig. — Alpha und Omega menschlicher Rassenbiologie und Rassentherapie ist die Ahnentafel. Eine Familiengeschichte ist vom höchsten Wert. Bodenständigkeit, Gesinnung der Sippe, kurz Tradition kann eine Therapie äußerst unterstützen. Die Therapie muß die ganze Lebensart des Kranken beeinflussen, vor allem auch bei der Wahl des Ehegatten richtig leiten und lenken.

Natürliche, ungekünstelte Lebensweise, Gleichmäßigkeit im Tages- und Jahreslauf, ein rechter Ehepartner kann eine erschöpfte Sippe erhalten und retten. Der Arzt muß aber das völlige Vertrauen der Familie besitzen, er muß ein Freund sein, dem man nichts aus der Ahnentafel verheimlicht. Nur dann kann er helfen, nur dann eine schon fast dem Untergang geweihte Sippe beraten und regenerieren.

Müller (555) gibt kurz zusammengefaßt einen Bericht über die Vorträge auf dem VII. Kongreß für Kriminalantropologie in Köln 1911. Ausführlicher referiert er über den Vortrag Enrico Ferris, der „ein unvergessenes Erlebnis" gewesen sei. Ferri charakterisierte die drei neuen Strafgesetzentwürfe als bemerkenswerte Beispiele von Klugheit und Kühnheit. Sie lieferten zu gleicher Zeit den Beweis, daß die klassische Theorie die ruhmreiche, aber unwiderruflich dahingegangene Vergangenheit darstelle, die eklektische Theorie, die nur ein Übergangsstadium bilde, die Gegenwart, daß aber der positiven Theorie der Kriminalanthropologie und der Kriminalsoziologie die Zukunft gehöre, und daß wir auf dem Wege seien zu einer wahren und menschlichen Strafrechtspflege. — Klaatsch gab vom vergleichend anatomischen Standpunkte aus eine Unterstützung des Lombrososchen Postulates, daß der geborene Verbrecher ein Atavismus sei. Garofalo ließ ein geistreiches, aber etwas einseitiges Referat über den Einfluß der Anlage und des Milieus verlesen. Cramer verlangte systematische psychiatrische Untersuchung der Fürsorgezöglinge. Der Arzt müsse viel mehr herangezogen werden. v. Hamel sen. verlangte, daß im Jugendgerichtsverfahren das Prinzip der Legalität durch das der Opportunität ersetzt werde. Dannemann führte aus, daß durch Bevormundung eine wirksame soziale Hygiene in bezug auf chronisch Kriminelle ausgeübt werden könne. Maier, Burghölzli, sprach über „Die Sterilisation Krimineller als Mittel der sozialen Hygiene". v. Gleispach und Thyren sprachen über die unbestimmte Verurteilung, Engelen, Kahl und andere über die verminderte Zurechnungsfähigkeit. Die Bedeutung der Kriminalpsychologie behandelten Sommer und Mittermaier. Erreicht hat diese Wissenschaft eine Scheidung der Verbrecher in Klassen; davon sind praktisch verwertbar: Jugendliche, Geisteskranke, Minderwertige, Gelegenheitsverbrecher, chronische Verbrecher, schwache Gewohnheits- und energische antisoziale Berufsverbrecher. Fest steht die starke Einseitigkeit im Charakter der chronischen Verbrecher und ihre dadurch begründete schwierige Einordnung in die Gesellschaft. Fest steht die Notwendigkeit, die verschiedenen Klassen verschieden zu behandeln, und endlich die Notwendigkeit, der Vergeltungsgedanken wegen unsicherer Wirkung mit der sozialen Behandlung organisch zu verbinden. Eine interessante kriminalanthropologische Ausstellung zeigte: „Das Polizeiwesen ist eine Wissenschaft geworden, deren Studium eine conditio sine qua non für den brauchbaren Kriminalbeamten ist."

Eröffnungssitzung des VII. Internationalen Kongresses für Kriminalanthropologie. Sonderabdruck aus dem „Bericht" über diesen Kongreß. Carl Winters Universitätsbuchhandlung in Heidelberg.

In seiner Begrüßungsrede an den VII. Internationalen Kongreß für Kriminalanthropologie stellt **Aschaffenburg** (25) den Gegensatz der alten und der neuen Richtung folgendermaßen dar:

„Das alte Strafrecht war aufgebaut auf der Idee der persönlichen Verschuldung, gesühnt wurde die Verletzung der Rechtsnormen, die Strafe abgewogen nach dem verletzten Rechtsgut, wenn auch unter Berücksichtigung der Schuld. Die neue Richtung aber stellt die Persönlichkeit des Rechtsbrechers in den Vordergrund, behauptete, daß die Eigenart des Verbrechers ihm nicht die Wahl lasse, zu handeln, wie er wolle, daß die Gesellschaft in sich und ihren Einrichtungen die Schuld für viele Verbrechen trage, daß die Abmessung der Strafe als Sühne einer Schuld nach Mark und Pfennigen, nach Tagen, Monaten und Jahren den Richter vor eine unlösbare Aufgabe stelle, daß die Mittel zur Bekämpfung des Verbrechertums eine ganz andere Richtung einschlagen müßten." Über den Strafmaßstab sagt er: „Glaubt wirklich jemand, er könne die Wirkung der Strafe, vor allem der Freiheitsstrafe, voraussehen? Die besten und unverdorbensten, die hoffnungsreichsten Fälle richtet der Strafvollzug zugrunde, die gefährlichsten bleiben davon unberüht; die Härte, die den Gelegenheitsverbrecher zermalmt, versagt dem Gewohnheitsverbrecher gegenüber." Was muß also geboten werden? „Hilfe dem, dem zu helfen ist, Ausscheidung des unverbesserlichen antisozialen Individuums, dessen Verbleib in der Gesellschaft sich als unmöglich erweist, wichtiger als alles aber — Vorbeugen!

Müller-Schürch (559) studiert die Folgen der Konzentrierung der Bevölkerung in den Städten an statistischen Daten über die Schweiz, insbesondere über die des Kantons Zürich. Er findet folgendes:

Die Sammlung der Bevölkerung in den Städten führt zu einer Schädigung der Menschen. Fruchtbarkeit und Gesundheit (geistig und körperlich) leiden Schaden, und es besteht, wenn die Reservetruppen vom flachen Lande ausbleiben, die Gefahr, daß die Städte schließlich infolge der Entvölkerung (Verschwinden des Geburtenüberschusses) zugrunde gehen.

Die näherliegenden Schädigungen zeigen sich auf psychischem Gebiet in durch Alkoholismus und Verwahrlosung erzeugter sozialer Minderwertigkeit und Geisteskrankheit, auf körperlichem Gebiet in der großen Säuglingssterblichkeit und Morbidität (Infektionskrankheiten), wodurch die durchschnittliche Lebensdauer und Lebenskraft herabgesetzt wird (die Statistik der Rekrutierung in letzter Beziehung besonders wertvoll).

Die Unsicherheit der Verhältnisse zieht Prostitution, Vagantität und Verbrechen groß; sie schafft die Angst vor dem Kinde, treibt viele zur Anwendung antikonzeptioneller Mittel, Vornahme sterilisierender Operationen, zur Einleitung des kriminellen Aborts. Die feineren ethischen und ästhetischen Gefühle werden abgestumpft. Die echte Kunst verliert ihre Anziehung. Tingeltangel und Kinematograph setzen sich an ihre Stelle.

Diesen Schädigungen entgegenarbeiten will die „soziale Hygiene". Unter dieser ist nicht nur alles das zu verstehen, was die Bedeutung der Infektionskrankheiten, der Säuglingssterblichkeit, der Sterbefälle überhaupt im Leben der Gesamtheit ausmacht, sondern sie umgreift auch die Jugendfürsorge, die Unfallfürsorge, die gewerblichen Vergiftungen, die Verbrechensprophylaxe (Kastration!), das Studium des Problems der Entartung. Dies alles gehört in das Arbeitsgebiet der „forensischen Medizin" im weiteren Sinne. Der Kommunalarzt arbeitet also mit Methoden, die er aus zwei



Disziplinen bezieht: aus der Hygiene und aus der gerichtlichen Medizin. Epidemiologie, Wohnungshygiene, Kanalisation, Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik gehören von jeher zur Hygiene, genau wie das Studium und die Bekämpfung der Verwahrlosung, der Prostitution, der Vagantität und des Verbrechens zur gerichtlichen Medizin. Die „kommunale Medizin“ ist also keine Einheit, auch wenn ihre verschiedenen Funktionen, der Not gehorchend, vom selben Beamten ausgeübt werden.

Wex (829) schildert eingehend die Organisation des Wohlfahrtsamts der Kreisstadt Düren und empfiehlt mit Recht die dem Vorgehen in Düren zugrunde liegende Idee: Schaffung einer Zentralinstanz bei völliger Selbständigkeit der einzelnen Wohlfahrtseinrichtungen.

Haskovec (288) fordert in Konsequenz der modernen medizinisch-wissenschaftlichen Ergebnisse, jeden Staatsbürger, der eine Ehe zu schließen gedenkt, gesetzlich zu verpflichten, den Kultus- und Zivilbehörden außer den üblichen Dokumenten einen Nachweis seiner physischen und psychischen Gesundheit, respektive ein ärztliches Zeugnis vorzulegen. Es solle dadurch minderwertiger Nachwuchs verhindert werden. Nur eine internationale Kommission könne diese Frage — eine Frage der „Eugenik“ — mit Erfolg lösen. Verf. führt Beispiele aus der Praxis an, die die sozialen Folgen der pathologischen Hereditätsgesetze beleuchten sollen (Fälle mit Tuberkulose, Syphilis, schweren Nerven- und Geisteskrankheiten und Trunksucht). Die breitesten Volksschichten müßten über die Gefahren der Degeneration belehrt werden. Die rein spekulativen Eheschließungen seien zu perhorreszieren. Der Behörde müßte eine ärztliche Bestätigung vorgelegt werden, daß kein Grund bestehe, dem Ehekandidaten die legale Eheschließung zu verweigern. Die eine Verneinung bedingenden Gründe seien von einer Kommission wissenschaftlich festzulegen. Verf. glaubt nicht, daß durch ein solches Gesetz die illegalen „Verhältnisse“ sich vermehren würden. (?)

v. Winckel (846) skizziert kurz die Geschichte der Fruchtabtreibung und die Entwicklung der juristischen Anschauung über dieses Delikt bis auf die Gegenwart. Er behandelt dann die „inneren und äußeren Mittel zum Zwecke der Abtreibung“, die „Selbstabtreibung“, die „Untersuchung einer Schwangeren oder schwanger Gewesenen“ und gibt eine interessante „aktenmäßige Darstellung eines tödlich verlaufenen kriminellen Aborts durch einen Arzt“. Er bespricht ferner die „Vorschläge zur Verminderung der kriminellen Fruchtabtreibung“, die „Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft (Berliner medizinische Gesellschaft)“, den „Pariser Brief der Münchener medizinischen Wochenschrift“, der die Fruchtabtreibung in Frankreich behandelt, den „Entwurf des Magdeburger Ärztevereins zu einer Eingabe an Reichstag und Bundesrat, die Notwendigkeit gesetzlicher Bestimmungen für den künstlichen Abort betreffend“. Endlich gibt er „weitere wissenschaftliche Äußerungen über diese Fragen wieder. In einem Anhang wird das Kapitel aus Wulffens „Sexualverbrecher: „Die kriminelle Fruchtabtreibung vom juristischen Standpunkt“ abgedruckt.

Nachdem **Hanssen** (279) kurz die Bedeutung des Geburtenrückgangs in den verschiedenen Beziehungen in bezug auf Wehrkraft, Bündnisfähigkeit, Erziehung in körperlicher und geistiger Hinsicht gestreift hat, geht er auf die Verhältnisse in Norddeutschland, besonders Hamburg, Pommern, Mecklenburg und Hannover ein. Dann behandelt er eingehend die Verhältnisse in Schleswig-Holstein und zwar historisch, schon von der Zeit nach dem Dreißigjährigen Kriege an; solche Zahlen sind in der Provinz aus einigen Kirchenbüchern zu erhalten. Diese Zahlen gehören zu den ältesten bekannten. Schon von 1868 an liegen dann für Schleswig-Holstein Zahlen für alle



Kreise, auch für Stadt und Land gesondert, vor. Eingehend werden dann die Verhältnisse in den beiden Städten Altona und Kiel untersucht, wohl zum erstenmal werden die Zahlen der Geburten mit der Ausbreitung der Sozialdemokratie verglichen, deren Ausbreitung an dem Geburtenrückgang in den arbeitenden Klassen große Schuld zu haben scheint. Wirtschaftliche Verhältnisse, Sparkasseneinlagen und Lebensmittelpreise werden mit den Geburtenzahlen in Vergleich gebracht. Dann werden die Eheschließungen mit den Geburtenzahlen in den Kreisen verglichen, Stadt und Land gesondert. Zum Schluß werden dann die Ursachen des Geburtenrückgangs eingehend besprochen. Neben der medizinischen Literatur wird auch die hauptsächlichste national-wissenschaftliche über den für das Volkswohl wichtigen Gegenstand behandelt. (*Autoreferat.*)

Graefe (238) gibt statistische Zahlenreihen über die Geburtenverhältnisse der Stadt Halle a. S. Auch er konstatiert einen zunehmenden Rückgang der Zahl der Lebendgeborenen. Er kommt zu dem Schluß: „So möchte ich einen gewissen Bruchteil des Geburtenrückganges in Deutschland und auch in Halle a. S. der Gonorrhöe schuld geben, einen weit größeren aber der immer weiter sich verbreitenden Konzeptionsverhinderung durch sog. Schutzmittel und dem kriminellen Abort.“

Abhilfe könne geschafft werden durch Bekämpfung der Landflucht der Bevölkerung, durch Einschränkung der Berufsarbeit des weiblichen Geschlechts, durch frühzeitige Eheschließungsmöglichkeit, Bekämpfung der materiellen Genußsucht, Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten (Prophylaxe!). Bestrafungsmöglichkeit der Abtreiber (Straflosigkeit der Anzeiger, Entbindung der Ärzte von der diesbezüglichen Schweigepflicht (?)), Bestrafung von Ankündigungen antikonzeptioneller Mittel usw. in Tageszeitungen, vor allem aber durch Erweckung des Stolzes der Eltern auf eine große Kinderschar.

Seit bald drei Jahrzehnten, ständig aber seit Beginn der 90 er Jahre des vorigen Jahrhunderts haben wir nach **Thorn** (797) in ganz Deutschland einen immer erheblicheren, in einzelnen Gebieten und Städten aber geradezu erschreckenden Geburtenrückgang zu beklagen. Demgegenüber meint Thorn, daß es wohl richtiger sei, als daß man für die Bresthaften (z. B. die Tuberkulösen) Millionen opfere, daß man sich in erster Linie um die Konservierung der Gesunden mühe, speziell daß wir unser weibliches Geschlecht vor den Gefahren, welche die Arbeit außer dem Hause und besonders die Fabrikarbeit für die Familie in sich berge, zu schützen und damit zugleich unsere hohe Säuglingssterblichkeit herabzusetzen suchen. Die Frau mit Mutterpflichten müsse mit der Zeit der Fabrikarbeit ganz entzogen werden. Der Übergang unseres Reiches aus dem Agrar- in den Industriestaat, das rapide Wachsen der Städte und die damit verknüpfte Landflucht, die Zunahme der erwerbstätigen und der unverheirateten gebärfähigen Frauen, sie ließen die deutsche Frau Schaden leiden. In viel größerem Verhältnis wie die unehelichen nehmen die ehelichen Geburten ab, immer mehr nehmen die Verbrechen gegen das keimende Leben zu. Der Geburtenrückgang ist zu gleicher Zeit in allen Kulturstaaten in Erscheinung getreten, ja er ist gewissermaßen ein Zeichen steigender Kultur. Genußsucht, Rivalität in der Lebensführung mit den scheinbar Gleichgestellten, der Trieb nach dem Aufsteigen der Familie in eine höhere Schicht, die Freizügigkeitsgesetze, sie alle haben als Konsequenz die willkürliche Beschränkung der Kinderzahl. Alle Schichten unseres Volkes sind daran beteiligt. „Es ist eine neue Ethik heraufgekommen hinsichtlich der Ehe und des Familienlebens, die sich vielfach nicht wesentlich vom Konkubinat unterscheidet.“ Der Spätehe kommt wohl kaum ein erheblicher Einfluß auf die Beschränkung der Kinderzahl zu,



wohl aber oft der Sterilität der Heiratenden. Gonorrhöe und Syphilis nimmt zu; die nicht überwachte Prostitution, die Frauenemanzipation, das „Übel der freien Liebe" wächst. Prohibitivverkehr und Abtreiberei nagen seit 3 Jahrzehnten in nie gekanntem Maße am Marke unseres Volkes. Dazu kommen noch die Einkindehen, wo die sekundäre Sterilität ungemein häufig ebenfalls auf Gonorrhöe beruht. Jede Schwangerschaft wird vom Gros der erwerbstätigen Frauen als ein Unglück aufgefaßt, also: Präventivverkehr oder Abtreibung. Auch die Propaganda der Ideen des Neomalthusianismus trägt zum Geburtenrückgang mit bei. Die Ursache der Abtreiberei liegt nicht bloß in materieller Not begründet, sondern auch in einer Umwertung der Moral. Wird doch ganz öffentlich die Aufhebung der Bestrafung des kriminellen Aborts verlangt als ein Recht der Frau. Thorn verlangt demgegenüber eine gesetzliche Regelung des künstlichen Aborts und die bedingte Verurteilung bei offenem Bekenntnis. „Nur wenn wir die Fehlgeburt, wie jetzt die Geburt und Frühgeburt, im Reiche meldepflichtig machen und offiziell jene Trennung durchführen, werden wir den Schaden, den die illegalen Eingriffe hinsichtlich des Geburtenrückganges und der Höhe der Puerperalfiebererkrankungen und Todesfälle anrichten, einigermaßen richtig schätzen lernen. Wie schädlich ist die große Duldung der Kurpfuscherei! Kondome usw. sind die besten Mittel gegen Infektion, sie wird man kaum verbieten dürfen, wohl aber könnten solche Instrumente verboten werden, welche angeblich zwar nur die Konzeption verhüten sollen, in Wirklichkeit aber Abtreibemittel par excellence sind (Intrapessare und Sterilets, vor allem die Spritzen mit langen Ansätzen). „Es ist zu hoffen und dringend zu wünschen, daß kein Arzt derartige Instrumente appliziert." „Eine soziale Indikation des künstlichen Aborts ist auf keine Weise zu rechtfertigen, sie ist auch von gynäkologischer Seite einmütig verworfen worden." Zum Schluß wendet sich Verf. noch den speziellen besonders schlechten Verhältnissen in Magdeburg zu, er empfiehlt gute innere Politik, vor allem Schutz des Kleinbauern. Der Kinderreichtum müsse wieder der Stolz der deutschen Familie werden.

Hammerschlag (274) betrachtet vor allem die Ursachen der Sterilität beim Weibe. Er unterscheidet dabei Sterilität auf Grund von Allgemeinerkrankungen (Anämie, Chlorose, Syphilis, Alkoholismus usw.) und lokale Störungen, wie Bildungsanomalien, Neubildungen und Geschwülste, Lageveränderungen, Entzündungen (vor allem Gonorrhöe) der Sexualorgane, endlich funktionelle Störungen des Nervenapparates. Die ärztliche Kunst kann hier noch oft helfen, im Notfall auch durch künstliche Befruchtung.

Bezüglich der Ursachen der Verminderung der Fruchtbarkeit kann man nach **Veit** (805) als gemeinschaftliche Erfahrung der letzten Jahrzehnte hinstellen, daß der Gebrauch antikonzeptioneller Mittel und der aus leichtfertigen Gründen unternommene Abortus in erschreckender Weise zugenommen hat. Dazu haben vor allem auch das Mißverstehen der Lehre von Malthus geführt. „Gelingt es der Nationalökonomie nicht, solche Folgerungen als Irrlehre zu charakterisieren, gelingt es nicht, die Moral wieder zu heben, so ist ein weiterer Rückgang der Geburten auch in Deutschland nicht zu verhindern."

Ein „Kompendium der Geburtenfrage" zu liefern war das Bestreben **Wolf**'s (850), d. h. das ganze ungeheure statistische und anderweitige Material darüber in wissenschaftlicher Verarbeitung zusammenzufassen und daraufhin für die Gründe des Geburtenrückgangs die abschließende Formel und für die Zukunft desselben wie für seine Behandlung eine Anzahl Anhalte zu finden. Wie der Untertitel des Buches besagt, wird die Anwendung des



rechnerischen Kalküls als das ausschlaggebende Argument für den Geburtenrückgang bezeichnet. Der Rationalisierung des Sexuallebens wird aber durch drei Entwicklungsmomente Vorschub geleistet: 1. durch die Abkehr von Religion und Tradition, 2. durch die Abwanderung vom Lande, die „Urbanisierung" der Nationen, 3. durch die fortschreitende Kenntnis der Präventivtechnik. Diese Entwicklungen werden in dem Buche in allen ihren zumal statistisch erfaßbaren Einzelheiten dargestellt. Daß die Beschränkung der Kinderzahl im privaten Interesse liegt, wird nicht verkannt, das staatliche Interesse steht gegen die Beschränkung. Das private Interesse an geringerer Kinderzahl steigt aber unter besonderen Verhältnissen, so bei Erwerbstätigkeit der Frau, bei schwierigerer Versorgung der Kinder. Besondere Bedeutung mißt der Verf. der Abkehr von der Religion bei, zumal von der katholischen, die das „Vermehret Euch" nicht bloß als allgemein sittliche Norm ausspricht wie der Protestantismus und das Judentum, sondern besondere Truppen gegen die Geburtenbeschränkung mobil macht durch die Erklärung derselben als Todsünde und durch die Kontrolle vermittels der Ohrenbeichte. Zum Teile führt sich übrigens die Beschränkung der Geburtenziffer auf den Rückgang der Sterblichkeit zurück. Nicht wahrnehmbar ist in jüngster Zeit ein Einfluß der Teuerung auf dieselbe. Der Ausblick in die Zukunft zeigt dem Verf. eine Fortsetzung des Geburtenrückgangs als wahrscheinlich noch auf lange hinaus, z. B. für Deutschland auf das französische Maß und darunter. Die Frage, ob ein so weitgehendes Sinken erwünscht, wird vom einzelnen je nach seinem politischen Standpunkt verschieden beantwortet werden. Der Verf. sucht zwischen dem Standpunkt individuellen und staatlichen Interesses zu vermitteln und sieht ein solches Kompromiß als „die Forderung des Tages" an. (*Autoreferat.*)

Unter den Ursachen des Geburtenrückganges spielt nach **Hirsch** (312) die zunehmende Beteiligung der Frauen am Erwerbsleben eine bedeutungsvolle und noch nicht genug gewürdigte Rolle, wenn sie auch in ihrer ziffernmäßigen Bedeutung weit hinter der willkürlichen Beschränkung der Kinderzahl durch Präventivverkehr und Fruchtabtreibung zurücksteht. Die Frauenerwerbsarbeit als soziale Erscheinung hat in der wirtschaftlichen Notlage ihren Ursprung, deshalb wird die Zunahme der Frauenerwerbsarbeit noch ein immer schnelleres Tempo annehmen. Auch die verheiratete Frau arbeitet von neuem unter dem Einfluß der Vermehrung ihrer Kinderzahl. Der große Zudrang der Frauen zur Erwerbsarbeit ist also kein freiwilliger. Er hat eine große Umwälzung in den gesundheitlichen Verhältnissen der arbeitenden Frau herbeigeführt. Verfasser will nun nicht einen Umriß der Arbeiterinnenkrankheiten im allgemeinen geben, sondern lediglich die Beeinflussung der weiblichen Fortpflanzungsorgane und ihrer Funktionen durch die Besonderheiten der Gewerbebetriebe vorführen. Er erfüllt seine Aufgabe in eingehender, musterhafter Weise und kommt zu dem Schluß, daß Frauenerwerbsarbeit und Mutterschaft unvereinbare Gegensätze seien. Die Berufsarbeit der Ehefrauen schädige das bevölkerungspolitische Interesse des Staates. So sei u. a. für die verheiratete Arbeiterin die Einschränkung der Kinderzahl geradezu eine Notwendigkeit, ihr aufgezwungen zur Erhaltung der Arbeitsgelegenheit und des Arbeitsverdienstes und durch die Rücksicht auf die Abwesenheit der Mutter vom Haushalt. Es müsse also Aufgabe der Wirtschaftspolitik sein, auf Einschränkung der Frauenerwerbsarbeit hinzuarbeiten, und Ziel der Gewerbehygiene, die Frauenarbeit ihrer Gefahren für die Fortpflanzung zu entkleiden. Als unerläßliche Vorbedingung dafür müsse der Ausbau der Pathologie der weiblichen Berufskrankheiten genannt werden.



Jacksch (348) erörtert die Frage der Sterilisation des Weibes vom Standpunkte des österreichischen Rechts aus. Er schlägt bei gewissen Indikationen nicht die vollkommene Sterilisation vor, sondern die sog. „temporäre Sterilisation“ (Bildung einer Scheidewand in den Tuben, Versenkung der Tuben, bzw. der Ovarien unter das Bauchfell, alles reparabele Eingriffe). Diese Art Sterilisierung leiste dasselbe wie die dauernde, vernichte aber nicht die Fruchtbarkeit des Weibes für immer; unter solchen Umständen erscheine sie allein berechtigt. Aus sozialen Gründen (wohl jedoch bei Erschöpfungsgefahr) sei der Arzt derzeit nicht berechtigt zu sterilisieren, dazu bedürfe es eines besonderen Gesetzes ähnlich dem einiger nordamerikanischer Bundesstaaten, die dadurch die Fortpflanzung Krimineller und Degenerierter verhindern wollten.

Nach **Hirsch** (313) kann man aus der Betrachtung von Frucht und Eihäuten in keinem Falle mit Sicherheit den Schluß auf kriminellen Abort ziehen; schon damit werde der Grund für die von manchen Gynäkologen erstrebte geradezu „polizeiliche Kontrolle der Frau während der ganzen Zeit ihrer Fortpflanzungstätigkeit“ von vornherein hinfällig. Hirsch hält geeignete Präventivmaßregeln neben der Aufbesserung der wirtschaftlichen Lage für die wirkungsvollste Maßnahme im Kampfe gegen die Fruchtabtreibung. „Sie ist dem Arzt in die Hand gegeben in Gestalt des Schwangerschaftsverbotes und der Schwangerschaftsverhütung aus therapeutischen Gründen unter weitgehender Berücksichtigung sozialer, fortpflanzungs- und rassenhygienischer Faktoren.“

Kocks (389) behandelt in sehr temperamentvoller Weise die Frage des Rechtes der Frau auf ihr ungeborenes Kind mit allen Konsequenzen, die aus der Anerkennung dieses Rechtes folgen müßten. „Fort mit den schlechten Gesetzen, die artifizielle Verbrechen machen, statt Übel zu verhüten, weil sie gegen künstlich geschaffene vermeintliche Übel gerichtet sind“, ruft er aus. „Weg mit § 175, weg mit den Strafgesetzparagraphen gegen den provozierten Abort. Zurück zum römischen Recht: Infans pars viscerum matris!“ Daher habe die Mutter allein das Recht, über den Fötus zu bestimmen. Verfasser weist auf die tagtäglichen Mitteilungen über Kindermißhandlungen und Kindermorde durch Väter und Mütter und durch Engelmacherinnen in den Tagesblättern hin. Wäre es nicht besser gewesen, diese Mütter hätten das gesetzliche Recht gehabt, sich ihre schwangere Gebärmutter vom Arzte ausräumen zu lassen, fragt er, statt daß sie vielleicht die ihr unerwünschten Kinder straflos verhungern ließen? „Man fürchte nur keine Abnahme der Bevölkerung von derartigen menschenfreundlichen Gesetzen! Nicht die Zahl der Geburten, sondern die Zahl der nicht umgebrachten Knaben füllt unsere Kasernen und Regimenter, während die am Leben gebliebenen Mädchen neue Nachkommen in die Welt setzen werden.“

Grassl (241) wendet sich gegen die Auffassung des Kgl. bayerischen Statistischen Landesamtes, das die Geburtenhäufigkeit in Bayern als relativ hoch feststellte, daran aber die Meinung knüpfte: „Aber der Volksfreund kann sich darüber wenig freuen, weil eben viele dieser Werte bei der hohen Säuglingssterblichkeit zwecklos erzeugt, vorzeitig wieder vernichtet werden.“ Die Überproduktion sei ein Raubbau am Volkskörper. Demgegenüber stellt Grassl fest: Die bayerischen Mütter stehen in der Vollkraft der Jahre. Stille die Mutter lange genug, so werde sie auch nicht gleich wieder gebären. „Die Frau, die ihr Kind vorzeitig abnimmt oder überhaupt nicht anlegt, bedarf vikariierend der Beschickung der Gebärmutter mit einem neuen befruchteten Ei. Wird sie nicht alsbald wieder schwanger, so entbehrt sie



für eine bestimmte Zeit des Muttertriebes. Wird diese reizlose Zwischenzeit unverhältnismäßig groß, so hat das Weib die Folgen der freiwilligen funktionellen Kastration zu ertragen und zu überwinden." „Nur ein Nichtarzt kann dem Weibe raten, Wohlleben und wirtschaftliche Werte für den Ausfall des physiologischen Mutterreizes einzutauschen." Die Gebärfähigkeit der Frau werde unterschätzt, sie könne gut 12 Kinder gebären. „Noch nie ist ein Stamm, eine Familie zugrunde gegangen wegen zu großer Kinderzahl, stets wegen zu kleiner. Kein Stamm, keine Familie „stirbt aus", sondern wird „ausgeboren". Die Ehe sei früher ein Ausleseinstrument gewesen, sie werde es jetzt immer weniger. Das aristokratische System des Fortpflanzungsgeschäftes weiche jetzt immer mehr dem demokratischen (wahllose Zulassung zur Fortpflanzung). Unter dem aristokratischen System (Auswahl des Tüchtigsten und Vollausnützung desselben) habe sich Deutschland und Bayern gut entwickelt. Ein Volk, das sich so erheblich vermehre wie das bayerische als generativ bedroht zu bezeichnen, sei dem Verfasser völlig unverständlich. Grassl sagt: „Diejenige Kindersterblichkeit ist die beste, die die meisten und besten Aufzuchtsmengen bringt, und diese optimale Kindersterblichkeit ist nicht zu allen Zeiten und zu allen Orten die gleiche, sondern wechselt nach den kulturellen und klimatischen und anderen Verhältnissen des Landes. Es ist ein Luftstoß gegen die Rassenhygiene, wenn man ihr gegenüber die maximale Kindersterblichkeit als schädlich darstellt." . . . „Wir dürfen in unserem Volksumsatz nicht jede Spese als von vornherein unrationell bezeichnen." Die gefährliche Theorie des kleinsten Volksumsatzes werde hoffentlich wiederum bald verlassen werden.

Obwohl **Löwenfeld** (458) den Präventivverkehr mit gewissen Nachteilen verknüpft sieht, u. a. schon dadurch, daß er durch seine Vorbereitungen ein ungünstiges psychisches Element in das Geschlechts- resp. Eheleben der Betreffenden einführe, ist er doch der Meinung, daß eine Beschränkung der Kinderzahl nicht nur lediglich in den Familien der wirtschaftlich Schwachen und Schwächsten, sondern in allen Bevölkerungskreisen notwendig sein kann. Hygienische Rücksichten seien es, die auch bei Begüterten ein allzugroßes Anwachsen der Familie verbieten könnten. Müsse der Arzt also öfter den Präventivverkehr empfehlen, so habe er auch die Pflicht, die gesundheitlichen Folgen dieser Art sexueller Befriedigung immer wieder wissenschaftlich zu prüfen. Durch ein derartiges Studium ist Löwenfeld zu der Überzeugung gelangt, daß der Präventivverkehr im großen und ganzen, und zwar allem Anscheine nach bei beiden Geschlechtern, nur relativ selten zu ausgesprochenen Gesundheitsschädigungen, speziell nervösen Leiden führe, und daß diese nachteiligen Wirkungen nicht dem Präventivverkehr im allgemeinen, sondern fast ausschließlich einer bestimmten Art der Prävention zukommen, dem Congressus interruptus. Gerade seine Anwendung verursache häufiger neurotische Angstzustände, insbesondere lokomotorische und Situationsphobien (Agoraphobie, Monophobie, Anthropophobie usw.), oder komplette Angstanfälle (Angstäquivalente). Deshalb schließt Löwenfeld: „Auch den Ärmsten sollten Mittel zu Gebote stehen, die bei einfacher Anwendung eine Beschränkung der Kinderzahl ohne Schädigung der Gesundheit und ohne erhebliche Kosten ermöglichen."

Meisel-Heß (516) bespricht den Zusammenhang der Probleme des Neumalthusianismus mit denen der Sexual- und Rassenhygiene, wie sie sich bei in Dresden abgehaltenen Kongressen aus den Vorträgen ergaben. Sie kommt zu dem Schluß: „Niemand wird ein Kind haben oder nicht haben wollen, um der „Rasse" willen, sondern nur um seiner selbst willen." Menschen machten sich in ihren Trieben nicht zu Zweckmaschinen für eine



Idee. Jedenfalls hätten aber Geburten, welche die Sterblichkeit wieder ausjätet, keinen Wert und bedeuteten eine schwere Vergeudung von Familienkräften, von Mutterschmerzen und von national-ökonomischen Werten. Helfen könne nur vollwertiger Schutz der Mutterschaft sowohl auf versicherungstechnische Art, als auch durch moralische Anerkennung jeder gesunden Fruchtbarkeit. „Der freiwilligen Einschränkung der Geburten muß die freiwillige Vermehrung gegenüberstehen . . .“ Tausende junger, lieber und lebensreifer Frauen ersehnen glühend ein Kind, welches ihnen durch die Schwierigkeiten der Eheschließung verwehrt bleibt.“ Heute ständen sich unendlich gebärende, unendlich entbehrende und gewährende und doch zur Unfruchtbarkeit verdammte Frauen gegenüber.

Mitteilung einer leider fast typischen Geschichte einer proletarischen Familie mit fast unglaublich geringem Budget, großem, nicht immer wertvollem Kinderreichtum und stetiger Hilfsbedürftigkeit, wobei Verf. bei der Schilderung der Versuche, diese Hilfsbedürftigkeit zu befriedigen, die zurzeit geübte Wohlfahrtspflege unter die Lupe einer strengen Kritik nimmt. Trotzdem schließt **Neumann** (575) unverzagt und optimistisch: „Was ist schließlich der Schluß, den aus unserer Geschichte der Neumalthusianist zieht? Wo ist man einer Höherzüchtung sicher? Fallen auch einige Blätter verdorrt von diesem Familienstamme ab, so können sich die jüngsten Kinder (10 Kinder; der älteste Junge vagabundiert, die nächsten 4 starben) gleichwohl im Durchschnittsmaß entwickeln und neue Glieder beim Wachstum der Bevölkerung bilden.“

Weinberg (827) schließt seine, die Methoden der Vererbungsforschung beim Menschen kritisierenden Betrachtungen mit folgender Zusammenfassung: „Überblicken wir das auf dem Gebiete der menschlichen Vererbungslehre bis jetzt in bezug auf die Mendelregeln Festgestellte, so handelt es sich im wesentlichen entweder um normale Eigenschaften, für welche auch Analogien bei Tieren und Pflanzen bestehen, wie Augenfarbe und Pigmentierung, oder um seltene Mißbildungen. Gerade über die Vererbung bei sozial besonders wichtigen Erscheinungen, wie Tuberkulose und Geisteskrankheit, sind wir noch fast gänzlich im Unklaren. Die bis jetzt gemachten Versuche, das Bestehen der Mendelregeln hier zu negieren, sind allerdings schon in der Methode verfehlt gewesen; es fragt sich aber, ob wir bei so komplizierten Erscheinungen überhaupt auf ein positives Ergebnis rechnen dürfen. Ein Fortschritt scheint mir hier nur in der Weise möglich, daß wir solche Symptomenkomplexe in ihre Bestandteile zu zerlegen suchen und der Vererbung einzelner, für charakteristisch zu haltender Stigmata nachgehen.“ Dabei „dürfen wir uns nicht auf ein bestimmtes Schema unbedingt festlegen und von keiner bestimmten Hilfswissenschaft ausschließlich beherrschen lassen, wir müssen jede Methode am richtigen Platz und mit richtigem Verständnis für ihre Leistungsfähigkeit und deren Grenzen anwenden. Dazu gehört vor allem, daß wir diese Methode genügend gründlich kennen lernen und darauf verzichten, Originalität in der oft genug unhistorischen und unkritischen Aufstellung eigener Methoden zu suchen, die geeignet sind, unsere Resultate unvergleichbar mit anderen zu machen. Vor allem müssen wir uns des Zusammenhangs mit der biologischen Vererbungsforschung stets erinnern und die Hilfswissenschaften in biologischem Geiste anzuwenden suchen.“

Weinberg (826) bespricht einige Probleme, die sich aus der Betrachtung der Beziehungen zwischen Vererbungslehre und Gesellschaftslehre ergaben. Zum Schlusse meint er, in der Hauptsache werde es wohl darauf ankommen, durch Begünstigung der Ehen der Hochwertigen und in ihrer Vermehrung



den Aufbau der menschlichen Gesellschaft günstiger zu gestalten und gleichzeitig der Neuentstehung von Minderwertigkeiten vorzubeugen, wobei in erster Linie die Verhütung und Bekämpfung der Lues und des Alkoholismus in Betracht kommen, eventuell auch die Herabsetzung des Heiratsalters in den gebildeten Ständen. In dieser Richtung schienen ihm neben Sterilisation, Detention und Ehebeschränkung die erreichbaren Ziele einer Reform des Zustandes der menschlichen Gesellschaft durch soziale Hygiene zu liegen. Die Erforschung der Beziehung zwischen Vererbung und sozialen Massenerscheinungen erfordere eine ganz besondere Technik und eine ganz besondere Vorsicht bei der Beurteilung ihrer Ergebnisse. Sie sei nur möglich auf Grund einer weiteren Ausbildung der Familienstatistik. Stetige Fühlung mit der biologischen Vererbungsforschung sei vor allem nötig.

Goldberger (234) bespricht ausführlich die Sterilisation als Schutzmittel gegen die geistig Invaliden, führt die Geschichte dieser Mittel und die darauf bezüglichen, in den einzelnen Staaten der Vereinigten Staaten von Amerika bestehenden Gesetzentwürfe an und weist zuletzt auf die in der Schweiz auf wissenschaftlicher Grundlage gemachten Versuche hin, wo die Sterilisation der Minderwertigen noch nicht gesetzlich formuliert ist, aber mit gemeinsamem Einverständnis des Kranken, dessen Vormundes, der Vormundschaftsbehörde und des Gerichtes in einigen Fällen bereits operativ vorgenommen wurde. Das die geringste Gefahr mit sich bringende Verfahren der Sterilisation und Kastration ist das nach Sharp, welches sozusagen ambulant durchführbar ist, indem Sharp das Vas deferens durchschneidet und das obere Ende vernäht, das mit den Hoden zusammenhängende Ende jedoch nicht. Auf diese Weise erzielt Sharp, daß die innerliche Sekretion der Hoden für den Organismus erhalten bleibt, indem das Zwischengewebe sie aufsaugt, und sonach die Sterilisation weder zu einer körperlichen noch psychischen Verstümmelung führt. Mit einem Wort, der Sterilisierte verliert nur die Potentia generandi.

Bei der Sterilisation als Schutzmittel können nur die Interessen der Gesellschaft und des Staates berücksichtigt werden, die eventuelle Verletzung der persönlichen Freiheit spielt hierbei nur eine Nebenrolle. Natürlich dürfte die Sterilisation bei den Kriminellen nur dann in Anspruch genommen werden, wenn auf eine Besserung keine Aussicht mehr bestehe, wenn sie rückfällig sind, und wenn die zu sterilisierende Person zumindest eine zweimalige Verletzung der Sittlichkeitsgesetze beging, in anderen widergesetzlichen Fällen hingegen bereits dreimal verurteilt war, und wenn die Gesamtstrafe im ersten Falle mindestens 3, im letzten Falle mindestens 5 Jahre betrug. Indem die Sterilisation den Zweck verfolgt, die Weiterverpflanzung der geistig Invaliden zu verhindern, versteht es sich von selbst, daß ihre Durchführung nur in dem Alter, wo die Fortpflanzung der Menschen im allgemeinen vorhanden, gerechtfertigt ist. Demzufolge ist die Sterilisation bei solchen Minderwertigen, die zu einer Fortpflanzung ohnedies unfähig sind, gleichfalls zwecklos. Bei den etwas minder Geisteskranken ist die Sterilisation nur dann zulässig, wenn sie eine gewisse Neigung zu Vollführung von Gewalttaten aufweisen, in welchen Fällen dieselben Kautelen wie bei oben erwähnten Gewohnheitsverbrechern maßgebend sind, oder wenn sie bereits zumindest 2 Nachkommen haben. Von einer allgemeinen Sterilisation der Geisteskranken, wenn sie der Gesellschaft nicht bedeutenden Schaden zufügen, wäre natürlich abzusehen. Ausnahmen bilden nur 1. kriminelle Geisteskranke, bei welchen nach denselben Intentionen vorzugehen wäre, wie bei den sonst geistig normalen Verbrechern; 2. öfters rückfällige Geisteskranke, bei welchen die Sterilisation nur dann durchzuführen wäre, wenn sie eine besondere Neigung



zu Vergehen gegen die Sittlichkeit oder Gewalttaten besitzen und nebenbei bereits 2 geistig invalide Kinder haben.

Die Durchführung der Sterilisation wäre derart zu regeln, daß auf Antrag des leitenden Arztes des betreffenden Gefängnisses, der Heil- oder Pflegeanstalt die zu diesem Zwecke berufene Kommission das Urteil zu fällen haben würde.

Auf diese Weise wäre jeder Mißbrauch beinahe ausgeschlossen.

(*Hudovernig.*)

Nach **Müller-Schürch** (560) führen die Einschränkung der Geburtenzahl im allgemeinen freiwillig nur die tüchtigen Volkselemente aus, von denen man viele wertvolle Nachkommen erwartet, die Minderwertigkeit und Kanaille pflanzt sich unbehindert fort, wenn nicht außer ihnen liegende Zufälligkeiten eine Grenze setzen. Da muß denn die „soziale Hygiene als eine Prophylaxe großen Stils die Aufgabe in die Hand nehmen: nicht, Minderwertige zu konservieren, sondern bei Ausnutzung ihrer Kraft zu ihrem und der Gesellschaft Wohl sie unschädlich zu machen, die Gefährdeten vor dem Verfall zu bewahren und durch zweckmäßige Behandlung (Individuum und Milieu) die regenerativen Faktoren zu kräftigen. Dazu dient auch die richtig angewandte Sterilisation oder Kastration gewisser Individuen. Einmal kommen abgehärmte, unterernährte Arbeiterfrauen vielleicht mit Varizen und Hängebauch und bitten um künstliche Unfruchtbarkeit, dann Frauen, die wissen, daß sie einen organischen Fehler haben. (Gebärmutterknickungen, Herzfehler, Lungenleiden, Nervosität). Angst vor neuer Schwangerschaft erfüllt sie. Dann kommen Frauen, die gesellschaftlich glänzend bleiben wollen, eitel und leichtsinnig, vielleicht auch die oder jene, die einen Abort provoziert haben möchte, endlich kommen mit Anträgen Armenbehörden, die manchmal soziale, medizinische und fiskalische Indikationen verwechseln. Es gibt aber auch Frauen, wo wir uns sagen müssen, daß es für die Frau schrecklicher ist, nicht mehr gebären zu können, ihre Pflicht erfüllen zu können, als an einer Geburt zugrunde zu gehen, — einen ehrenvollen Tod zu sterben. Der einzig sicher Konzeption verhindernde Eingriff ist Sterilisation resp. Kastration. Für diesen Eingriff müssen strenge Indikationen erzielt werden, und zwar medizinische einerseits, soziale rassenhygienische andererseits, öfter beide gemeinsam. Rein medizinische Indikationen sind z. B.: Lungentuberkulose, Nierenkrankheiten, habituelle Eklampsie, Placenta praevia, Beckenanomalien. — Soziale und rassenhygienische Indikationen sind a) soziale: große Kinderzahl bei beschränkten ökonomischen Verhältnissen, chronische Unterernährung als Folge rasch aufeinanderfolgender Geburten bei armen Frauen; b) rassenhygienische: Ausmerzung von Geisteskranken und Verbrechern aus der Fortpflanzung, von Konstitutionsanomalien (z. B. Bluterkrankheit), Ausschaltung von ursprünglich gesunden, aber sekundär durch Infekte, Gifte, pathologisch veränderten Menschen, Alkoholiker, Syphilitiker. Verf. erwähnt die 4 Fälle von Dr. Schiller (Jahresbericht des Kant. Asyles in Wil für das Jahr 1907) und teilt eigene Beobachtungen mit (zwei imbezille mannstolle Mädchen, eine hochgradig blutarme, unterernährte Frau mit Retroflexio uteri und 6 Geburten hinter sich). In den Fällen handelte es sich nicht um dauernd Versorgungsbedürftige; das sei sozial und rassehygienisch der entscheidende Punkt: man soll nur solche Psychotiker und Neurotiker sterilisieren, welche 1. nicht oder nur vorübergehend anstaltsbedürftig sind und 2. durch ihr sexuelles Verhalten es als wahrscheinlich oder möglich erscheinen lassen, daß sie sich am Fortpflanzungsgeschäft beteiligen. Daneben muß man den Nachwuchs der Tüchtigen auf alle Weise zu fördern suchen. Eine gesetzliche Regelung dieser Fragen wird bei Ausdehnung der praktischen Rassenhygiene nicht aus-



bleiben können und hätte durch ein Spezialgesetz zu geschehen. Sterilisation und künstliche Fehlgeburt müßten sich ergänzen. Schon lediglich aus der Indikation „Geisteskrankheit" sollte man einen Abort einleiten dürfen. Es handele sich um raßliche Assanierung, und da müsse mit aller Energie vorgegangen werden.

Die Sterblichkeit der unehelichen Kinder beträgt das Doppelte und Dreifache gegenüber den ehelichen. Müssen doch diese Kinder schon vom ersten Augenblick ihrer Existenz im Mutterleibe an den Kampf ums Dasein führen. Ferner hat man eine Minderwertigkeit der Unehelichen nach zwei Richtungen hin festgestellt, einmal eine körperliche der Säuglinge, andererseits eine moralische, gemessen an den Ergebnissen der Rekrutierungsstatistik. Nach **Hanauer** (276) ist aber diese doppelte Minderwertigkeit nicht angeboren, sondern die physische und geistige Schwäche der Illegitimen, wo sie auftritt, ist sie ausschließlich das Produkt der sozialen Verhältnisse. Die Kriminalität der Unehelichen ist wesentlich eine Funktion ihrer mangelhaften Berufsausbildung (ungelernte Arbeiter). So unerwünscht die Unehelichen nun auch vom Standpunkt der Moralstatistik sein mögen, vom Standpunkt der Bevölkerungspolitik sind sie gar nicht zu entbehren. Sie verdienen also Schutz, und zwar am besten schon durch Schutz der Mutter. Erstrebt muß werden die Möglichkeit, daß mindestens die ganze Säuglingszeit hindurch das Kind bei der Mutter gelassen werden kann. Die Kommunen müßten kommunale Mütter- und Zufluchtshäuser errichten. Stillkrippen und Fabrikkrippen wären einzurichten. Solange nicht jeder einzelnen Mutter, die mit ihrem Kinde zusammenbleiben und es nähren will, die Möglichkeit hierzu gegeben wird, solange hat die öffentliche Fürsorge in dieser Hinsicht nicht ihre Schuldigkeit getan. Für die nicht bei ihrer Mutter verbliebenen Kinder muß die Verpflegung in fremden Familien eintreten, und hier hat sich das Leipziger Ziehkindersystem am besten bewährt, das sich aus Berufsvormundschaft, dem Ziehkinderarzt und besoldeten Pflegerinnen zusammensetzt. Das wichtigste Moment ist das von seiten des Stadtrats garantierte Pflegegeld. Man wird dann unter den Illegitimen viele vollwertige Individuen erwarten dürfen.

Die sogenannte psychologische Tatbestandsdiagnostik ließ eine Zeitlang die Hoffnung aufkommen, durch einfache psychologische Assoziations-Experimente aus jedem Verbrecher mit absoluter Eindeutigkeit das Geständnis jedes begangenen Verbrechens herauszulocken, und zwar auch dann, wenn der Verbrecher es zu verheimlichen versuchte, — ja sogar gewissermaßen ein Geständnis zu erzielen, ohne daß der Verbrecher überhaupt merkte, daß er sich verraten hatte. **Rittershaus** (649) macht mit der nur äußerlich sehr einfach erscheinenden Methodik dieser Experimente bekannt (unbewußtes Ansprechen eines „gefühlsbetonten" Erlebnisses, eines „Komplexes".) In seiner Kritik kommt er aber zu folgenden, die kriminalistische Brauchbarkeit dieser Methode negierenden Kritik: Die Intensität der Komplexsymptome ist nicht beweisend, denn: eine Schuld kann auch durch zufällig in der Versuchsperson vorhandene, juristisch absolut indifferente Komplexe vorgetäuscht werden. Es kann auch das Wissen um den Tatbestand und der Gedanke, unschuldig verdächtigt zu sein, bei einem sonst Unschuldigen verdächtige Komplexsymptome hervorrufen. Es können ferner indifferente Komplexe die wirklich kriminellen völlig überwuchern. Man kann auch mit dem Reizwort völlig am Komplex vorbeigeraten. Es kann auch eine Simulation alle Bemühungen vereiteln. Der hohe wissenschaftliche Wert der Methode für Psychiatrie, Psychologie, Kriminal- und Individualpsychologie, speziell Charakterologie usw. wird durch alle diese negativen Ergebnisse natürlich nicht im geringsten herabgesetzt.



Saint-Paul (674) schrieb ein großes, lesenswertes Buch über das innerliche Denken. Der eine denkt vorwiegend in Bildern (visuel), der andere hört scheinbar seine Gedanken (auditif), der dritte — hierzu gehören die meisten — spricht ganz leise innerlich mit (moteur). Verf. untersucht die Kombinationen dieser Arten der „inneren Sprache“, sucht sie zu lokalisieren und wendet dann die Ergebnisse auf die Kunst der Rede an und zeigt, wie wichtig die Beobachtungen sind für Pädagogik, Kunst, Berufswahl usw.

Mezger (529) versucht, auf empirischer Basis eine genauere psychologische Analyse der abnormen Charakteranlage zu geben. Unter „aborm“ will er „die leichteren Abweichungen vom psychischen Normaltypus, die außergewöhnlichen, im populären Sinne aber nicht eigentlich „krankhaften“ Formen des geistigen Geschehens“ verstanden wissen. „Anlage“ ist, „was dem Menschen angeboren ist.“ Die Grundlage des individuellen Charakters bildet nach Verf. die individuelle Triebdisposition. Gerade in ihr sind vielfach die Bedingungen einer abnormen Charakteranlage gelegen. So steht dem Selbsterhaltungstrieb sogar ein Selbstmordtrieb gegenüber; und der zweite Haupttrieb, der Geschlechtstrieb verkehrt sich bis zur angeborenen Homosexualität. Auch die Trunksucht stellt nach der Meinung des Verf.s in weitgehendem Maße das Ergebnis einer abnormen individuellen Anlage dar. Der plötzliche Ausbruch des Gefühls ist der Affekt (z. B. der Zorn). Wird dagegen ein starkes Gefühl längere Zeit in einer bestimmten Richtung festgehalten. so wird es zu einer den Willen beherrschenden Leidenschaft. Auch die Affekte und Leidenschaften sind abhängig von der individuellen Triebdisposition, also auch weitgehendst von einer individuellen Anlage. So bildet also nicht die Erforschung der individuellen Affektdisposition (Kurella), wohl aber der individuellen Triebdisposition die fundamentale Aufgabe der Kriminalpsychologie. Nicht nur Verbrechen, auch Höchstleistungen sind in weitem Umfang triebartigen Ursprungs: das Genie ist besessen von einem Drange nach dem Ungewohnten und Fernliegenden. Auch das praktische Handeln untersteht diesem triebartigen Geschehen bis zur Zwangshandlung. Mezger wendet sich dann zu einer Betrachtung der individuellen Vernunftanlage und ihrer Abnormitäten zu. Den Ausgangspunkt dieser individuellen Vernunftanlage bildet das intellektuelle Moment; auch die Anormitäten der individuellen Vernunftanlage müssen demgemäß zunächst auf intellektuellem Gebiet gesucht werden. Die Hauptäußerung des Intellekts aber liegt in der Urteilsfähigkeit. Sie ist vor allem beim Schwachsinn gestört. Auf daß aber eine Tat geboren werde, bedarf es einer Umsetzung der innerpsychischen Vorstellungstätigkeit in äußere Bewegung. Diese Tätigkeit bezeichnet man als Willenstätigkeit im engeren Sinne. Auch dieser Wille und seine Abnormitäten ist nun, wie die Erfahrung lehrt, in weitgehendem Umfange Sache des individuellen Charakters. Moralischer Defekt ist sehr oft ein pathologisches Symptom. Der moralische Defekt als Abnormität, als krankhafte Entartung der psychischen Konstitution ist in weitgehendem Umfang durch die individuelle Anlage begründet, ist sehr oft eine angeborene abnorme Charakteranlage. Alle Menschen neigen zu Verbrechen. Wenn nun die meisten Menschen keine Verbrechen begehen, dann muß beim Verbrecher ein Mehr vorhanden sein, das entweder in einem abnorm starken Motiv oder in einer abnorm schwachen Hemmung bestehen wird. Meist ist letzteres der Fall. Der Verbrecher ist ein Schwächling und nur selten eine Kraftnatur. Es fehlt ihm der richtige Instinkt. Dieser richtige Instinkt ist aber eine angeborene Eigenschaft, sein Fehlen ein Teil einer abnormen Charakteranlage.

Stellt sich eine unharmonische Betätigung auf dem Gebiete des geistigen Lebens ein, dann sprechen wir nach **Stadelmann** (754) von geistiger Ab-



artung oder geistiger Entartung. Die geistige Entartung beruht auf einem Überhandnehmen der geistigen Dissoziation zuungunsten der geistigen Assoziation; oder mit anderen Worten: auf einem Loslösen geistiger Kräfte aus dem geistigen Gesamtorganismus. Die Dissoziation prävaliert krankhaft, wenn die assoziativen Gehirnkräfte nachlassen oder in Unordnung geraten sind, bzw. die feinen Gehirnbahnen alteriert sind, auf und in denen diese Kräfte sich bewegt haben. Zwangsvorstellungen, Wahn, übertriebene Affekte, übertriebene Lust oder Unlust sind dann solche Dissoziationserscheinungen, die sich als Ursache von Verbrechen, atavistisch als Rückfall in der Menschheit längst Überwundenes, sogar ins tierisch Bestialische dokumentieren können (Biologie des Verbrechers). Es erheben sich bei den Entarteten Teile des Ganzen über das Ganze, es beginnt eine geteilte Herrschaft, die bis zur völligen geistigen Anarchie führen kann. Der Zerfall dieser labilen geistigen Veranlagung zeigt sich vielfach deutlich im kindlichen Alter (Epilepsie, Hysterie). Vererbung und Vergiftung der Keimzelle spielt dabei eine Rolle. Auch große und gar geniale Menschen müssen zeitweilig stark dissoziieren, um wieder über die Norm hinaus assoziieren zu können. Hier berührt sich in der Tat Genie und Wahnsinn. So kann als Folge überstarker Dissoziation ein Künstlerwerk entstehen. Es gibt Zeitepochen, wo Entartungserscheinungen besonders häufig auftreten, es sind das zugleich Zeiten des Hochstandes geistiger und künstlerischer Kultur. — Drohende Dissoziationen, geistigen Verfall des Individuums, vor allem des Kindes, kann man unter Umständen aufhalten, am besten durch Erweckung von Assoziationen, indem man das individuelle Interesse des Entarteten fesselt und seine Aufmerksamkeit intensiv in Anspruch nimmt. Durch Suggestion kann man Schädliches, Abgespaltenes vielleicht auch ausmerzen, in die Vergessenheit verdrängen. Auch die Menschheit als Gesamtpersönlichkeit gedacht dissoziiert und assoziiert. Es entsteht so der Reichtum an Individuen und immer neue Möglichkeiten der Entwicklung. „Ist somit Dissoziation eine Bedingung für normales Leben der sich entwickelnden einzelnen Menschen und ihrer Generationen, so erscheint in der Vergrößerung der Menschen zur Menschheit die geistige Entartung als ein Mittel zur Weiterentwicklung dieses großen Ganzen, das in mächtigen Schwingungen den Rhythmus vom Werden und Vergehen in sich trägt, wie er in kleinerem Maße das geistige Leben des einzelnen Menschen bewegt."

In seinem Referate über die moralische Psychopathie und ihre soziale Hygiene gelangt Dozent **Ranschburg** (632) zu folgenden wissenschaftlichen Ergebnissen: Verlassenheit und Verwahrlosung sind keine Zustände, welche unter psychiatrische Beurteilung gehören; als ihr Folgezustand stellt sich aber häufig eine moralische Verkommenheit ein, welche in das Gebiet der Psychiatrie gehört. Diese letztere kann auch bei ursprünglich gesunden Jugendlichen als Folgezustand äußerer Verhältnisse auftreten oder als Teilerscheinung von geistiger Erkrankung, Schwachsinn usw. sich einstellen. Ungefähr die Hälfte der Fälle von Verlassenheit ist ursprünglich nicht pathologisch, sondern exogen entstanden, einesteils durch Rückentwicklung, resp. Inaktivitätsatrophie der positiv-altruistischen Gefühlsmechanismen, andererseits durch Überwuchern der roh-egoistischen Triebmechanismen; daraus resultiert dann die antisoziale Handlungstendenz solcher Individuen. Auf sekundärem Wege entstehen Symptome einer neuro- und psychopathischen Erschöpfung mit somatischen Erscheinungen. Bei den endogenen Formen der moralischen Verkommenheit und Kriminalität der Jugendlichen entwickelt sich dieser Zustand entweder als Symptom einer akuten oder chronischen Geistesstörung, oder als Folgeerscheinung neuro- und psychopathischer Zustände, oder als



Symptom des vornehmlich intellektuellen resp. affektiven Schwachsinnes. Die pathologischen Ursachen der endogenen Abnormität können sein: disharmonische Entwicklung und Funktion der zentralen Organe, Intoxikationen als funktionsstörende und fälschende chemische Verhältnisse, ferner durch Hydrozephalus bedingter abnormer Hirndruck. — Die erworbene moralische Degeneration kann in vielen Fällen durch geeignete pädagogische Einwirkungen und Besserung der Lebensverhältnisse behoben werden. Der Unterbringung bei Pflegeeltern oder in Kolonien hat ev. eine längere Zwangserziehung voranzugehen; eine zu rasche Externierung ist oft nachteilig. Nach kurzer Besprechung der Prognose äußert sich Vortragender über die Prophylaxe und soziale Hygiene folgendermaßen: Die Prophylaxe hat bereits vor der Geburt zu beginnen durch Aufklärung der Ehewilligen, Kampf gegen Alkoholismus, Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, ferner durch Schutz der Frau während Gravidität und Kindbett. Für intelligente nervöse Kinder sind private, kommunale oder staatliche Internate zu errichten, um sie vor schädlichen Einflüssen der Umgebung zu bewahren; diese haben unter nervenärztlicher Oberaufsicht und heilpädagogischer Leitung zu stehen. Für intellektuell schwachbefähigte Kinder sollen Hilfsklassen, in Städten Hilfsschulen errichtet werden. Verlassene, nicht genügend bildungsfähige Schwachsinnige gehören lebenslänglich in Beschäftigungs- resp. Pflegeanstalten. Das pädagogische, ärztliche und Pflegepersonal aller solcher Institutionen muß in speziellen Ausbildungskursen praktisch und theoretisch die Psychopathologie des Kindesalters kennen lernen, aber auch der Pädagoge der Schulen Normaler soll während seiner Ausbildung sich mehr mit diesem Gegenstande befassen müssen, ebenso auch die Ärzte, namentlich die Schulärzte. An Kliniken und Polikliniken sollen Ordinationen für jugendliche Abnorme angeschlossen sein. Durch Errichtung von entsprechenden Instituten muß die Erforschung der Psychopathologie des Kindesalters gefördert werden. (*Hudovernig.*)

Jetzt, wo mit Recht das Interesse für die Jugendfürsorge immer weitere Kreise ergreift, war uns ein Buch wie das von **Scholz** (699) über anormale Kinder geradezu notwendig. Verf. behandelt in klarer, allgemeinverständlicher und doch wissenschaftlicher Weise die allgemeine Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters und die hier anzuwendenden Untersuchungsmethoden, schildert die verschiedenen Formen des Schwachsinns, die Neuropathien und last not least die Psychopathien, von denen er 12 Unterabteilungen aufzählt. So bespricht er von den psychopathischen Kindern die Indolenten, die Depressiven, die Manischen, die Periodiker, die Affektmenschen, die Triebhaften, die Haltlosen, die Verschrobenen, die Phantasten und Lügner, die Zwangskranken, die sittlich Minderwertigen und endlich die geschlechtlich Anomalen. Daran schließt sich ein Kapitel über „Die Störungen in der Pubertätszeit“ und eines über den „Selbstmord“. Weitere große Abschnitte beschäftigen sich mit der „Behandlung der anomalen Kinder“ und mit der notwendigen „sozialen Fürsorge“ für sie. (Anstaltsversorgung, Familienversorgung, Fürsorge für Schulpflichtige und die Hilfsschule, Fürsorge für die Schulentlassenen, für die Militärpflichtigen, Fürsorge im Strafrecht, Fürsorgeerziehung und „sonstige fürsorgliche Maßnahmen“.) Das Buch steht auf dem modernsten Standpunkte der Wissenschaft und dürfte eine Fundgrube für Eltern, Erzieher, Hausärzte und Richter werden.

Ganter's (220) Arbeit über „innere Degenerationszeichen“ fußt auf den Befunden von 1017 Sektionen (513 Männer und 504 Frauen), die in dem Zeitraum von 1880—1904 in der Lothringer Bezirksanstalt zu Saargemünd gemacht wurden. Er fand folgende Resultate: Die Beschaffenheit



des Schädeldaches steht in keiner Beziehung zur Art der psychischen Krankheit, zum Alter, zur Krankheitsdauer, Körperlänge, zum Körpergewicht, aber sie steht möglicherweise in Beziehung zum Hirngewicht. Die Beschaffenheit des Schädeldaches ist das Ergebnis der Entwicklungszeit; ist diese abgeschlossen, so bleibt auch das Schädeldach wie es ist. Kräpelins Ansicht, die Dickenzunahme des Schädeldaches sei vielleicht als Ausgleichserscheinung gegenüber der Druckabnahme des schrumpfenden Gehirns aufzufassen, ist also nicht richtig. Geradeso wie die Dicke und Dünne des Schädeldaches für keine Krankheitsform etwas charakteristisches an sich hat, so hat es ebensowenig das Verhältnis zwischen der Compacta und Diploe an demselben Schädeldach. Von den 1017 Fällen wiesen ferner 219 = 21,5% innere Degenerationszeichen auf, und zwar die meisten Fälle an der Leber und der Milz. Soviel kann man sagen, daß die inneren Degenerationszeichen viel seltener sind als die äußeren. Die Dementia praecox stellt den höchsten Prozentsatz an den Fällen mit Degenerationszeichen, ihr folgen die Imbezillität und Epilepsie, die präsenilen und senilen Störungen und zuletzt die progressive Paralyse. Zehnmal zeigten 2 Organe zugleich Anomalien. Ganter schließt: „Wir bleiben aber bei der Behauptung, daß die inneren Degenerationszeichen nicht ohne Bedeutung sein können."

Ellis (171) behandelt in seinem großzügigen Buche Individualismus und Sozialismus, die sinkende Geburtsziffer und ihre ev. Folgen, die Stellung der Frau (Frauenbewegung, Emanzipation der Frauen von der Romantik der Liebe), Rassenhygiene und Liebe, Sexualhygiene in der Erziehung, Religion in der Kindererziehung, die Sittlichkeit, die Wohnungshygiene, die internationale Sprache und den Kampf gegen den Krieg. Verf. steht auf sehr fortschrittlichem Boden und ist von hohen Idealen erfüllt, die vielleicht nicht alle der Erfüllung entgegenreifen werden. Sie lassen uns aber die Person des Verf. nur um so liebenswerter erscheinen. Kurella schrieb dazu ein gutes Kapitel über die Wohnungsnot, in dem er tüchtig gegen die Interessenpolitik der Bodenwucherer und Hausagrarier ins Zeug geht. Nur ein Expropriierungsrecht der Städte könne einigermaßen dieser Interessenpolitik entgegenwirken.

Köttgen (390) gibt Ratschläge hinsichtlich der allgemeinen Hygiene des Nervensystems zur Betriebssicherheit im Automobil- und Eisenbahnverkehr. Vor allem müsse unbedingt verlangt werden, daß Führer von Kraftwagen völlig frei von Alkoholismus befunden werden und keine objektiven Symptome davon nachweisen lassen, außerdem müßten auch andere Nervenleiden bei ihnen auszuschließen sein, wie Epilepsie, schwere Neurasthenie. Die Kraftwagenführer müßten alle fünf Jahre etwa von neuem untersucht werden. Besonders beim Bahnbetrieb sei die Hygiene des Nervensystems für die Betriebssicherheit erforderlich. Auch sei möglichst absolute Alkoholabstinenz zu fordern. Außerdem müsse aber für die Betriebsbeamten möglichst eine 8stündige Ruhe vor dem Dienstantritt verlangt werden, was am besten durch eine geeignete Wohnungshygiene erlangt werden könne. Auch hier seien öftere Nachuntersuchungen, besonders auf nervöse Störungen sehr notwendig. (*Bendix.*)

Goldberger (233) hielt einen Vortrag über die Kriminalität der Juden in Ungarn. Dieselbe ist nicht stabil, sondern stärkeren Schwankungen unterworfen, weist aber, abgesehen vom letzten Jahrzehnte des vorigen Jahrhunderts, durchweg günstigere Verhältnisse auf, als die Kriminalität der übrigen Bevölkerung. An Delikten gegen die Person nehmen die Juden nur geringeren Anteil und enthalten sich namentlich der gewalttätigen Delikte. Auch bei den Verbrechen gegen die Vermögenssicherheit ist die Kriminalität



der Juden nicht ungünstig, aber bezüglich solcher Vergehen, welche sich in sträflicher Übertreibung bei der Erwerbung materiellen Vorteiles kundgeben, zeigen die Juden ganz auffallend ungünstige Verhältnisse. Auffallend ist ferner die Kriminalität der Juden bei den Vergehen des Zweikampfes. Bei speziellen weiblichen Delikten zeigen die Juden günstige Verhältnisse. Die Zahl der verbrecherischen Irren ist bei den Juden wohl größer, als ihrer prozentuellen Einwohnerzahl entspricht; wenn man jedoch in Betracht zieht, daß die Juden ein relativ großes Kontingent der Psychosen abgeben, so findet man auch in dieser Beziehung keine besonders ungünstigen Verhältnisse ihrer Kriminalität. Die Kriminalität der Juden weist im vorletzten Jahrzehnte des XIX. Jahrhunderts entschieden auffallend günstige Verhältnisse auf. In den späteren Jahren hat sich die Kriminalität nicht auffallend verschlimmert, bloß die Delikte des Zweikampfes weisen eine Verdreifachung auf. Die Besonderheiten der jüdischen Kriminalität kann nicht auf einheitliche Ursachen zurückgeführt werden. Weder die spezifischen Charaktereigenheiten der Juden, noch ihre sozialen Verhältnisse, noch auch ihre überwiegend kommerzielle und industrielle Beschäftigung, auch nicht ihr Überwiegen in der Städtebevölkerung können allein die Spezifizität der jüdischen Kriminalität erklären. Verf. muß sich auf Grund seiner statistischen Forschungen der Auffassung anschließen, daß die Kriminalität der Juden nur aus einem Zusammenwirken ihrer Grundnatur und Eigentümlichkeit, ferner ihrer sozialen, wirtschaftlichen Verhältnisse erklärt werden können. (*Hudovernig.*)

Gegen Georg von Mayrs Ausführungen hebt **Hoegel** (325) hervor, daß er von Jahr zu Jahr über das Maß der Verwendbarkeit der Kriminalstatistik skeptischer oder pessimistischer wurde. Zu heillosen Irrtümern und zahllosen Mißbräuchen habe diese Statistik im Laufe der letzten Jahrzehnte Anlaß gegeben. Mit ihr könne man ohne Schwierigkeit zugleich schwarz und weiß behaupten. Besäßen wir doch vor allem keine Statistik der verübten Straftaten. Sei doch das Verhältnis der wirklichen Straffälligkeit zur Zahl der Anzeigen, Aburteilungen und Verurteilungen bei den einzelnen Tatbeständen ganz außerordentlich verschieden. Verschieden sei auch das soziale und kriminalpolitische Verhältnis der einzelnen Tatbestände zu einander, ihr gegenseitiges Wertverhältnis. Mit Gesamtsummen solle man also überhaupt nicht statistisch arbeiten, sondern nur mit Ziffern der einzelnen Straftaten. Das Bild werde noch dadurch entstellt, daß Geschlechter und Altersklassen zusammengeworfen wurden. Es kämen dadurch ganz verkehrte Durchschnitte heraus. Sei doch ein Teil der Straffälligkeit nur vorübergehende Alterserscheinung, so würden gerade über die Straffälligkeit Jugendlicher massenhaft falsche Schlüsse gezogen. Wie primitiv sei u. a. die statistische Verwertung der Frage der Wirkung der Trunkenheit auf die Verbrechensbegehung, wie verschieden müßte die Bewertung der Rückfälligkeit sein. So werde also die Kriminalstatistik zu Schlüssen herangezogen, zu denen sie nicht berechtigt sei.

Von Mayr (510) sieht das Urteil Hoegels über den Wert der Kriminalstatistik für überaus verfehlt an. Hoegels radikaler Pessimismus ginge zu weit. Die Fehler der Statistik, die zu verbessern Hoegel gerade der rechte Mann wäre, änderten gar nichts an der Tatsache, daß die einschlägigen Ausweise, und zwar um so mehr, je vollständiger sie seien, also nicht bloß auf die Verurteilungszahlen beschränkt würden, in ihrer räumlichen und zeitlichen Ausgestaltung innerhalb gewisser Grenzen doch symptomatisch für die in ihrer Gesamtheit nicht erfaßbare wirkliche Verfehlung seien. „Man müßte doch an der ganzen Bedeutung der strafrechtlichen Repression



verzweifeln, wenn das, was zur amtlichen Feststellung gelangt, in dem Maße ein reines Zufallsprodukt wäre, wie Hoegel es darzustellen beliebt."

Nach Annie E. Mc. Cord, Spezialagentin des Arbeitsamts zu Washington, gibt **Fehlinger** (183) statistische Tabellen, die den Einfluß der Erwerbsarbeit auf die Kriminalität von Kindern und Frauen in den Vereinigten Staaten illustrieren sollten. Das Resultat war ein negatives. Der Nachweis, daß gewisse Vergehen in direkter Beziehung zu der Beruflichkeit der Kinder stehen, wurde nicht erbracht. Die Gefahren der Straße scheinen für die Kinder größer zu sein als die der Werkstätte. Auch die amtlichen Berichte über Frauenarbeit und Kriminalität ergeben den Eindruck, daß der Beruf nur sehr wenig (wenn überhaupt) Einfluß auf die Kriminalität hat. Es bestätigt sich immer mehr, daß die kriminellen Neigungen hauptsächlich auf angeborene Abnormitäten zurückzuführen sind; sie treten bei Personen auf, die extreme Variationen — nicht Minusvariationen — darstellen.

Fehlinger (184) berichtet nach Judicial Statistics of England and Wales, 1910, Part 1: Criminal Statistics, London 1912, Wyman and Sons, daß in der 2. Hälfte des vorigen Jahrhunderts in England die absolute Häufigkeit der Verbrechen ungefähr gleichblieb, die Kriminalität auf die Bevölkerungszahl berechnet aber abnahm. Die amtliche Kriminalstatistik für 1910 gibt auch zum ersten Male über die Tätigkeit der Jugendgerichtshöfe Auskunft, welche in dem englischen Kinderschutzgesetz von 1908 vorgesehen sind.

Dittrich (149) meint, daß, obwohl viele Schriftexperten (Lithographen, Kalligraphen, Subalternbeamte usw.) oft nicht die genügende sonstige Bildung besäßen, bis in die neueste Zeit den Gutachten derartiger Schriftexperten seitens der Gerichte eine verhältnismäßig hohe, unverdiente Bedeutung beigelegt werde. Er erinnert an entsprechende Vorgänge im Dreyfusprozeß. Dittrich selbst mußte entgegen der Aussage zweier Schriftexperten in einem ihm zur psychiatrischen Begutachtung überwiesenen Fall darauf aufmerksam machen, daß die vorliegenden anonymen Schmäh- und Drohbriefe offenbar von 2 verschiedenen Personen herrührten, einem Paranoiker und einem von ihm Induzierten, einem Dégénéré supérieur, der sich kritiklos von den Wahnvorstellungen des Paranoikers gewissermaßen infizieren ließ. Es war diese Feststellung natürlich auch juristisch von einschneidendster Bedeutung. Dittrich schließt: „Handelt es sich um die Beurteilung größerer zusammenhängender Schriftstücke, so empfiehlt es sich, regelmäßig auch ärztliche Sachverständige heranzuziehen, denen die nötige psychologische und psychiatrische Bildung zugemutet werden kann."

Schneickert (692) hält den Vorstoß Professor Dittrichs gegen die Schriftexpertise für völlig ungerechtfertigt und die Theorie eines zweiten Beteiligten bei der anonymen Briefschreiberei für durchaus nicht begründet. In einer „Erwiderung" (S. 357 ff.) hält Dittrich seine Meinung der Schneickerts gegenüber aufrecht.

Dück (159) kann sich nicht rückhaltlos den Schlußfolgerungen Dittrichs anschließen. Besonders warnt er vor einer ganz allgemeinen Geringschätzung der Graphologen. Sogar angebliche Geständnisse verdächtiger Schreiber sagten manchmal nichts gegen graphologische Feststellungen. Dück berichtet dabei kurz einen interessanten Fall, wo eine Schwiegermutter bei einer auf ihren Namen gefälschten Wechselunterschrift auf einmal durchaus die Unterschrift anerkennen wollte, als sich als Fälscher — ihr eigener Schwiegersohn entpuppte. — Wünschenswert seien allerdings für Sachverständige Befähigungsprüfungen und Sachverständigenkammern.



Sehr instruktive Aufdeckung der Entstehung eines ganz unbegründeten allarmierenden Gerüchtes unter dem Personal eines Rostocker Warenhauses, mitgeteilt durch **Schütze** (711). Im Abort des Hauses war das Abflußrohr verstopft, Ursache: ein verschnürtes Paket mit Zuckerwaren. Alsbald das Gerede, es müsse eine verschnürte Kindesleiche gewesen sein und Äußerungen von Befürchtungen der angestellten Mädchen, nun würde man sie wohl alle untersuchen wollen. Bald durcheilte die Mordsgeschichte als feste Tatsache die Stadt. Was hätte bei unseliger Verkettung von Umständen bei einem unberechenbaren Schwurgericht daraus entstehen können!"

An der Hand einiger Fälle von anonymer Briefschreiberei kommt **Kusnetzoff** (412) in bezug auf das psychische Verhalten der Schreiber zu folgenden Schlüssen:

1. Das männliche Geschlecht beteiligt sich vorwiegend an anonymen Bedrohungen und Schimpfereien, hauptsächlich im frühen Alter. Hierbei möglicherweise mitspielende krankhafte Geisteszustände sind: die Entartung in Form der Psychopathien, Idiotie, Imbezillität und vielleicht epileptische Verkümmerung der Psyche. Wenn ein erwachsener Mann anonyme falsche Anzeigen erstattet oder durch Verleumdungen und Intriguen das Leben der Umgebung zu stören sucht, so kann hier ein Zustand von psychischer Entartung, Hysterie und eine Alterspsychose in Betracht kommen. Die Personen, welche Schwindeleien mittels anonymen Briefschreibens anstiften, Erpresserbriefe, Brandbriefe schreiben, fallen meistens unter die Gruppe der Verbrechercharaktere.

2. Beim Weibe prävalieren als Formen des anonymen Briefschreibens falsche Anschuldigungen, Verleumdungen, Schmähbriefe und verlästernde Liebesbriefe. Zustände verminderter oder aufgehobener Zurechnungsfähigkeit können hier durch die Menstruation (besonders zu Zeit der Pubertät), vielleicht auch durch Schwangerschaft und körperliche Erkrankungen, dann durch Klimakterium und Altersveränderungen, dann durch Idiotie, Imbezillität und überhaupt durch die häufige intellektuelle Schwäche des Weibes bedingt sein. Als Grundstein in diesem Bau sind die durch psychische Entartung und Hysterie bedingten Charakteranomalien und Geistesstörungen zu verzeichnen.

Die graphologische Untersuchung bietet für die Beurteilung der Geisteszustände oder Charaktereigenschaften der Schreiber kein zuverlässiges Mittel, wenn auch auf Grund der Schriftzüge, der Orthographie und des Inhaltes der Verdacht auf ein Kind, auf einen Idioten, ein Weib oder eine Hysterische mit Wahrscheinlichkeit gelenkt werden kann. Sehr oft sind aber die Schriftzüge verstellt, oder ein Kind oder irgend eine andere Person wird zum Schreiben des Briefes herangezogen.

Nach **Näcke** (563[1]) gibt es neuerdings sogenannte Verbrecher aus Sportlust am Verbrechen; solange diese aber die gestifteten Schäden nicht wieder gutzumachen suchten, stände er dem Motiv des Sportes als alleiniges skeptisch gegenüber. Allerdings habe es früher ja schon reiche Raubritter und heute noch sportsmäßige Raufbolde und Duellanten gegeben. Sportsmäßige Verleumder dürften wohl stets Psychopathen sein.

Glos (230) hebt hervor: es sei bei rückfälligen Verbrechern geradezu unumgänglich, ihr individuelles Verteidigungssystem aufzudecken. Zur Lehre von der „Typik der Verteidigungsformen" teilt er dann zwei bemerkenswerte Fälle mit. So wußte sich ein gewisser F. D. wiederholt der Anklage wegen Raubes, wegen Brandlegung, ja wegen Mordes zu entziehen dadurch, daß er sich selbst stellte und eine Geschichte erzählte, ja sich kleinerer Verbrechen beschuldigte, wobei er in geschickter Weise gerade allemal das wichtigste



Indizium, das gegen ihn sprechen mußte, z. B. das des auffälligen Geldausgebens, angriff. D. wußte genau, daß die übrigen Indizien nicht derart beweiskräftig waren, daß sie auf Geschworene überzeugend hätten wirken können, und so hatte er mit seinem schlauen Schachzug auch meistens Erfolg. Einem anderen glückte allerdings eine ähnliche Verteidigungsart nicht; er, der 1910 eine Greislerin erdrosselt hatte, verriet sich durch einen Brief an seine Frau, in dem er in verdeckter Weise seiner Frau den Versteck des geraubten Geldes anzeigte. Verurteilung.

Schütze (712) begegnet innerhalb relativ kurzer Zeit derselbe „Himmelsbrief" (schwulstiger religiöser Schutzbrief gegen alle Schäden, Hieb, Stich, Unwetter usw.) in drei verschiedenen Fassungen, davon zweimal wenigstens sicher auf gläubiger Brust getragen. Verfasser schließt daraus, daß er auch heute noch viel verbreitet ist, und daß wir bei ganzen Schichten der Bevölkerung mit ihm und ähnlichen Erzeugnissen zu rechnen haben.

Ein etwas schwachsinniger und stark erotischer Besitzer und Viehhändler Sch., früher Spiritist, wird, wie **Wallner** (817) mitteilt, von einem schwindsüchtigen Mädchen und dessen Mutter völlig umgarnt, nachdem er das Mädchen selbst erst dazu gebracht, sich als Schreibmedium zu produzieren, Himmelsbriefe zu schreiben und mit den bösen Geistern zu kämpfen (hysterische Anfälle?). Einleitung der Voruntersuchung wegen Betruges, begangen dadurch, daß die Frauen in den Jahren 1909 und 1910 den Schwachsinn des Sch. durch abergläubische und hinterlistige Verblendung zu dessen und seiner Familie Schaden mißbrauchten (600 Kronen Vermögensschaden). Das Charakterbild auch der Teufelsbekämpferin schwankt in allen möglichen Abstufungen von der Heiligen bis zur Dirne (nächtliche Exkursionen, Besuch von Tanzsälen und Maskenbällen die ganze Nacht hindurch auf Kosten des Sch.). Trotzdem und trotz Fehlens körperlicher Stigmata wurde religiöse Exaltation auf Grund hysterischer Anlage von den Ärzten nicht ganz ausgeschlossen. Daher Einstellung des Strafverfahrens. Den „Himmelsbriefen" fehlte allerdings alle Raffiniertheit, und sie zeigten auch keinen Versuch, den Sch. zu Geldausgaben zu bewegen. Sch. blieb bei seinem Glauben an die überirdische Sendung des Mädchens und wurde unter Kuratel gestellt.

Aigner (12) unterzieht dankenswerterweise die Tätigkeit des Ärztebureaus in Lourdes einer auf Beobachtungen an Ort und Stelle beruhenden eingehenden Kritik. Er konstatiert: „Statt den Augenblick einer behaupteten Heilung zum Ausgangspunkt einer ärztlichen Beobachtung zu machen, macht man ihn in Lourdes zu oft zum Abschluß der Beobachtung. Das ist nötig, um „Wunder" konstatieren zu können, das ist nötig, um dem Klerus Paradefälle vorzuführen, das ist nötig, um den Journalisten Sensationsberichte zu liefern, das ist aber auch geeignet, die Ärzte des Konstatierungsbureaus in Lourdes als nicht einwandfrei erscheinen zu lassen. Ich muß zugestehen, daß die ehrliche Überzeugung zahlreicher Ärzte, die ich in Lourdes kennen lernte, außer Zweifel ist . . . Daraus aber den Schluß zu ziehen, daß diese innere Überzeugung durchweg besteht, sehe ich mich zurzeit nicht berechtigt."

Method Dolenc (152) macht den wohlgelungenen Versuch, in den aus gerichtlichen Akten geschöpften Darstellungen der Geschichte von Neu-Lourdes in Krain von seinen Uranfängen an Handhaben zum psychologischen Verständnisse zu bieten, inwieweit die bei der Entstehung dieses neuen Wallfahrtsortes aufgetretenen Konflikte zwischen Volk und Geistlichkeit (das Volk schuf sich selbst diesen Wallfahrtsort und wußte ihn gegen den anfänglichen Willen der Geistlichkeit durchzusetzen) auf eine — sei es ursprüngliche, sei es induzierte — Psychose religiösen Charakters, inwieweit



diese Konflikte auf die gemeine Triebfeder der Habgier zurückgeführt werden können. Verfasser zeichnet uns dabei ein geradezu mittelalterliches Bild von primitivster Religiosität mit naivem Glauben an Wunderheilung usw., fanatischen Prügelszenen, schlauer Ausnutzung des Volksglaubens seitens interessierter Ordensleute, Anrainer und Gastwirte, mit sonderbaren Mitteln geführten Konkurrenzkämpfen von am Nutzen nicht mitbeteiligter geistlicher Seite, Streit und Prozessen um das Geld in der Opferbüchse und anderer nur allzu großer Menschlichkeiten mehr. Mit Recht macht Dolenc darauf aufmerksam, daß das Pilgern zu Gnadenorten wohl eine Emanation der gläubigen Gesinnung überhaupt sei, daß aber auch beim kleinen Mann die Sehnsucht nach neuen Erlebnissen dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle spiele, wie sie von den Begüterten durch die Lustreisen, die Sommerfrischen u. dgl. m. gestillt würde.

In diesem 4. Band des großangelegten Werkes behandelt **Cauzons** (101) den Magnetismus, Hypnotismus und die Suggestion, die nervösen Psychosen wie Hysterie und Automatismus. Unterbewußtsein, Neurasthenie und Psychasthenie, Halluzinationen. In einem Kapitel: „Les esprits des vivants" findet man Betrachtungen über Gedankenübertragung, Telepathie, das zweite Gesicht, Hellseherei, — in dem Kapitel: „Les esprits des morts" solche über das Fortleben nach dem Tode, Spiritismus, Tischrücken, fliegende Gegenstände, Okkultismus und Theosophie. Ferner wird interessant besprochen: „Le diable de nos jours" und „Das Wunderbare im Volksglauben".

Bei allen Völkern und zu allen Zeiten finden wir den sog. Vernichtungszauber, d. h. Zauberhandlungen, die dem Feind Siechtum, Krankheit oder gar Tod bringen sollen, z. B. durch heimliche Verwünschungen, vermeintliches Vergiften aus der Ferne u. dgl. mehr. **Berkusky** (53) bringt eine interessante Fülle solchen Aberglaubens und Zauberhandlungen aus allen Zeiten und Zonen. So verschieden diese Handlungen in ihren Einzelheiten auch sein mögen, bestimmte typische Formen kehren überall wieder. Der Durst nach Rache und seine Äußerungen sind eben universell. Überall werden Mittel gesucht und scheinbar auch gefunden, den gehaßten Gegner aus heimlicher Ferne zu schädigen.

Wegen seiner Begleitumstände dürfte ein Hexenprozeß, der sich 1648 in Hannover zutrug, und den **Deichert** (141) ausführlich mitteilt, nach verschiedenen Richtungen hin unser Interesse fesseln. Der vermeintlich „Behexte" war nämlich ein Arzt, der ganz augenscheinlich an Trigeminusneuralgie litt, und der über die ihm „angetane" Krankheit eine ausführliche lateinische Abhandlung geschrieben hat. Die alte Wärterin der Kinder des Arztes wurde durch die „Wasserprobe" überführt, in eine Biersuppe für den Arzt ein ihr vom Teufel gegebenes schwarzes Pulver geschüttet zu haben. Sie und eine auf der Folter genannte „Mitschuldige" wurden „verdientermaßen" verbrannt! Wenige Jahre später gelang es Leibnizens Einfluß, in Hannover den Hexenwahn bedeutend einzudämmen.

Fuchs (214) teilt die Zeitungsnachricht mit, daß drei betrunkene bretonische Burschen einen Esel totgeschlagen hätten in der festen Überzeugung, daß sie damit ihren verhaßten Pfarrer umgebracht hätten. Es bestehe dort allgemein der Volksaberglauben, die katholischen Geistlichen hätten im Januar die Macht, sich in Tiere zu verwandeln.

1. „Daktyloskopie und Vaterschaft." **Hellwig** (296) gibt die Forschungsresultate Professor Attilio Cevidallis über die Vererbungstendenz der Papillarlinien der Fingerkuppen wieder. Diese Linien werden wohl öfter in ähnlicher, fast kaum je aber in gleicher Weise vererbt. In Alimentationsprozessen können sie also keine ausschlaggebende Rolle spielen.



2. „Polizeiliche Vernehmung Jugendlicher." Sowohl Richtern als auch in angemessener Weise Polizeibeamten müsse eine gewisse Ausbildung in der Aussagepsychologie und der Vernehmungstechnik beigebracht werden, meint Hellwig.

3. „Mißhandlung einer Hexe." Hellwig bringt hier wieder ein verblüffendes Beispiel krassen Aberglaubens und Hexenwahns.

4. „Eine suggestiv bewirkte Geruchsillusion", wie sie, wenn sie sich auf angeblichen „Brandgeruch" bezogen hätte, leicht hätte zu falschen Anschuldigungen führen können.

5. „Der Kultus der Gehenkten, ein Kulturbild aus dem modernen Sizilien." Das sizilianische Volk verehrt die Seelen der Hingerichteten als eine Art Schutzgötter, die man in der Not als Fürbitter zur Hilfe anrufen kann. Die Kirche billigt und unterstützt diesen Glauben. Der Mittelpunkt dieses Kultus ist die Chiesa delle anime dei corpi decollati. Schutzpatron ist der (enthauptete) Johannes der Täufer. Im Lande der Maffia lebt noch der Glaube an den „ehrlichen Briganten", den Bekämpfer der Ungerechtigkeit. Außerdem gibt ihm der Verbrecher, der bereute und die Absolution erhalten usw., ein Paradebeispiel gottgefälligen Sterbens, — eine Suggestion, die schon zu Morden geführt hat, um so schön „sterben" zu können.

Jakobij (347), der in der Zeit der Radiumstrahlen und der drahtlosen Telegraphie eine Teleopathie in Form von Ahnungen gleichzeitiger, entfernter Ereignisse nicht für von vornherein unmöglich hält, kommt doch zu dem Schluß, daß auf der allgemeinen breiten Grundlage der Wissenschaft sich die gesamte Erscheinungswelt mit der Zeit wird sinnlich erfaßbar machen lassen, und daß damit das Gebiet des Okkultismus, der Lehre von dem Übersinnlichen, durch die das Dunkel immer mehr erhellende Wissenschaft, als der Lehre von dem alle Erscheinungen beherrschenden gesetzmäßigen Geschehen in der Welt, zum Schwinden gebracht wird.

Steyerthal (768) skizziert die äußerst interessante Geschichte der hysterischen Stigmata. Diese haben als Stigmata Diaboli ihre schicksalsschwere Rolle gespielt in den düsteren Zeiten fanatischer Hexenprozesse. Wer zuerst auf die furchtbare Idee des untauglichen Teufelsmales verfallen ist, läßt sich zwar aus den scheußlichen Lehrbüchern des Hexenrechtes nicht ersehen, sie beherrscht aber alsbald das Mittelalter bis in die Neuzeit hinein. Erst im Jahre 1846 wird Hysterie und Hautstigma in Zusammenhang gebracht, und ein Charçot bildete dann diese Lehre glänzend aus. Heute bezweifeln so manche Ärzte den Wert dieser Stigmata überhaupt, könne man doch diese Zeichen künstlich züchten. Verf. aber schließt: „Stigmata, d. h. Stellen am Körper, an denen die Haut schmerzlos durchstochen werden kann, hat es stets gegeben und gibt es auch heute noch, aber mit der Deutung dieser rätselhaften Flecke soll man vorsichtig zu Werke gehen, sonst nimmt uns der Teufel beim Ohr und führt uns in die Irre, wie er dereinst die ganze bezauberte Welt auf Irrwege geleitet hat."

Ein ganz eigentümliches Werk **Staudenmaiers** (759), dieses Buch mit dem unglücklichen Titel! Ein hochgebildeter Neurotiker, ein Halluzinant, versucht sich mit seinen Halluzinationen auseinanderzusetzen, sie zu kritisieren, sie zu beherrschen. Da er naturwissenschaftlich gebildet ist, sucht er sie, und das ist das Interessante und Lesenswerte, naturwissenschaftlich zu deuten, ja sich ihrer sogar als Hilfsmittel zu einer neuen Lehre der Thelepathie usw., der „experimentellen Magie", wie er es nennt, zu bedienen. Daß dabei ein eigentümliches Mischgebilde von rationalistischer Theorie und Krankheit herauskommt, ist nicht zu verwundern. Immerhin lassen manche Theorien aufhorchen. Und wären die Experimente besser objektiv begründet,



als wie sie es tatsächlich sind, so dürfte trotz aller krausen Umwege doch manch neuer Pfad zur naturwissenschaftlichen Aufklärung sogenannter okkulter Phänomene gewiesen werden. Der hochgebildete Verf. selbst ist offenbar ein äußerst interessantes Studienobjekt für den Arzt und Psychologen, der an ihm über Halluzinationen und ihre subjektive Deutung manches Wichtige lernen kann. So ist das merkwürdige Buch trotz allem aus verschiedenen Gründen äußerst lesenswert.

v. Kármán (372) legt an einigen Beispielen seiner eigenen Praxis klar, daß ganz zweifellos Kinder in der Phase der Vorerhebung die brauchbarsten Zeugen sein könnten, z. B. auch bei Hausdurchsuchungen. Allerdings müsse der Verkehr mit den Kindern kunstgerecht vor sich gehen und gleich zu Beginn der Erhebungen stattfinden, solange die Kinder noch unbefangen und ihre Beobachtungen noch frisch seien. Öfter spielten dann die Kinder dem Verbrecher gegenüber geradezu die Rolle der „enfants terribles".

Kármán (373) gibt 1. Beiträge „zur Frage der Rekognition der Zeugen", indem er selbsterlebte Fälle von Erinnerungsfälschungen mitteilt. Zweitens schildert er einen „Fall von Bauernfängerei"; ungarische Bauern werden für die Idee der „Gründung einer Münzfälscherbande" zu gewinnen gesucht, wodurch sie angeblich für eine kleinere Summe guten in den Besitz einer großen Summe falschen Geldes gelangen sollen. Hauptsächlich beteiligen sich an dieser Bauernfängerei Zigeuner.

Goronzek (236) hat 7145 Soldaten auf Tätowierungen hin untersucht. Unter diesen fanden sich 501, also 7 % Leute mit Tätowierungen; die Arbeiterabteilung, in der fast 50 % tätowiert sind, ist in diese Zahl mit eingerechnet. Das Ergebnis der Untersuchung Goronzeks war:

1. Tätowierungen sind bei Soldaten selten (7 %). sie finden sich bei Bestraften nicht so häufig wie bei Unbestraften (2,9 % bestrafte Tätowierte).

2. Tätowierungen werden vor der Dienstzeit gemacht, zum Teil in früher Jugendzeit, während der Dienstzeit sehr selten.

3. Man findet die gleiche Art von Bildern und Zeichnungen bei Bestraften und Unbestraften, körperlich und geistig gesunden, wie geistig minderwertigen und kranken Leuten.

4. Die Bilder werden willkürlich ausgewählt und lassen infolgedessen keinen Schluß zu auf Beruf, Charakter, Neigung, Kriminalität.

5. Tätowieren ist in der Kindheit Nachahmungstrieb und Spielerei, später Modesache und Zeichen der Langeweile, es dient vielfach dem Gelderwerb.

6. Tätowierungen können nicht zu den sogenannten Degenerationszeichen gerechnet werden.

Im Anschluß an einen Fall, wo nach einer vor kurzer Zeit mit Zinnober ausgeführten Tätowierung die Lokalisation des luetischen Prozesses gerade an diesen Zinnoberstellen erfolgte, kommen **Bernheim** und **Glück** (55) zu dem Schluß, daß je nach Grad und Zeit des gesetzten Traumas bald die roten, bald die blauen Stellen provozierend wirken können. Nicht etwa abgespaltenes Hg hat Einfluß auf den Sitz der luetischen Produkte, sondern der rein mechanische Einfluß der Tätowierungssubstanz, ihre Menge und der Zeitpunkt des einwirkenden Traumas dürfte bestimmend auf die Lokalisation syphilitischer Produkte innerhalb des tätowierten Bezirkes sein.

Hübsche Zusammenstellung **Leer**'s (426), in welchen nicht wenigen Fällen der Ausfall der Wassermannschen Luesreaktion von großer rechtlicher Bedeutung sein kann. Unter anderem kann bei fraglichem kriminellen Abort die positive W.-Reaktion entlasten, indem sie die luetische Ursache nahelegt.



Kistemaker (383) legt dar, daß schon der Stadtdirektor L. Pfister in Heidelberg, „dieser feinsinnige und praktische Jurist, in seiner „aktenmäßigen Geschichte der Räuberbanden an den beiden Ufern des Mains im Spessart und im Odenwalde“ aus den Jahren 1811/12 eine Auffassung von einer Strafgesetzgebung zeigt, deren Grundideen sich heute Geltung verschaffen.“ Schon er stellte in den Vordergrund seiner Betrachtungen die psychische Eigenart des angeklagten Verbrechers ohne allerdings alle Konsequenzen zu ziehen.

Die Abhandlung **Höpfner**'s (332) tritt dem Versuche Liepmanns (in dem für den Deutschen Juristentag 1912 erstatteten Gutachten), aus der Statistik und durch psychologische Erwägungen die abschreckende Kraft der Androhung der Todesstrafe als Illusion zu erweisen, entgegen. Sie kommt zu dem Ergebnis, daß die Statistik die Meinung von ihrer Abschreckungskraft nicht widerlegt, psychologische Erwägungen aber dafür sprechen, daß der Mehrwert der Todesstrafe gegenüber anderen Strafarten, an der abschreckenden Kraft gemessen, zwar vorhanden, aber nur ein bescheidener ist. (*Autoreferat.*)

Nach **Meyer v. Schauensee** (527) hat sich gerade bei der Frage der Todesstrafe wieder gezeigt, daß bei jeder Kodifikation des Strafrechts doch der politische Faktor der ausschlaggebende sei: Verfasser bedauert den humanitären Rückschritt, der in der Befürwortung der Todesstrafe und der Verschärfung der Freiheitsstrafe im Sinne des neuen deutschen Entwurfes sich dokumentiert und geradezu den Rückgang zu den Leibesstrafen anbahnt. Er hebt hervor: Beide Parteien, die rein empirischen Mediziner und die starren Reaktionäre, verkennen die in der Geschichte wirkenden idealen Momente, sie bestreiten alle ethischen Gesetze, die doch der Menschheit allein Bedeutung und Zusammenhang geben.“

Method Dolenc (153) gibt eine kurze, aktenmäßige Darstellung der Tat und des Verhaltens zweier zum Tode durch den Strang verurteilter Verbrecher in der Untersuchung und nach der Urteilsfällung und im Anschlusse daran eine Beschreibung des Hinrichtungsaktes, um zu zeigen, daß dieser Akt „nicht im mindesten solche Eindrücke ausgelöst hat, wie sie Ernst Lohsing in seinem Aufsatz über die Todesstrafe wiedergegeben. Solche praktischen Erfahrungen gingen über alle Theorie. Habe man auch in dem einen Fall vielleicht eine Minderwertigkeit des Intellektes des Verbrechers in Betracht zu ziehen gehabt, im anderen Falle vorausgegangenen übermäßigen Genuß geistiger Getränke, so habe doch das Volk die Strafe als würdig empfunden und kaum jemand habe die Richtstätte verlassen ohne die Überzeugung, daß die Mordtat mit vollem Recht mit der Vernichtung des Täters gesühnt werden müsse. Hans Groß führt diese Schlüsse durch eine Betrachtung über die „Todesangst“ ad absurdum“.

Bekämpfung des Lohsingschen Aufsatzes über den Unwert der Todesstrafe (Bd. 42 drittes und viertes Heft von Groß' Archiv) seitens **Schüle** (705). Verf.s Parallele zwischen „ärztlichem Irrtum“ und „Justizirrtum“ (beide könnten ein unschuldiges Menschenleben kosten) erscheint doch wohl unzulänglich und von derselben Oberflächlichkeit, die Schüle Lohsing vorwirft. Der Arzt will jedenfalls auf alle Fälle helfen, der Richter nur durch gewollte Vernichtung „sühnen“. Die Justiz verlangt die Tötung, die Medizin versucht gesund zu machen, auch wenn sie einmal irrt. Nicht der relativ kurze Akt der Hinrichtung ist das Unmenschliche, sondern die Folter des Verfahrens, des Kampfes um den Kopf, vor allem des wissenden Entgegensehens dem Tage des durch Willen anderer festgesetzten Ablebens. Das ist das häßliche besonders Psychopathen gegenüber, um die es sich hier nicht so selten handelt.



Diesen Psychopathen gegenüber versagt aber auch die Todesstrafe als Abschreckung, denn sie pflegen ihrem Triebleben zu folgen.

Glückliche Abwehr der Angriffe Schüles gegen **Lohsing**'s (451) früheren Artikel wider die Todesstrafe; am besten wird der Satz Schüles bekämpft: „Justizirrtum — ärztlicher Irrtum. Ich sehe keinen Unterschied."

Interessante Mitteilungen eines Zuchthauspredigers **Schulz** (708) über Beobachtungen und Erfahrungen an Verbrechern. U. a. bringt er ein Beispiel dafür, daß „die Simulation der Sträflinge oft aller psychologischen Beobachtung und der Kunst des Arztes spotte" (eine „lebenslängliche" Giftmörderin wurde bei der Visite 33 Wochen lang stets in Krämpfen angetroffen, daß „die Knochen krachten". Eine Genossin verriet, daß sie sonst, besonders aber nachts, ganz normal sei. Heimliche Beobachtungen bestätigten diese Angabe. Die Gefangene erhängte sich später (war also doch wohl keine normale Person! D. R.). Hervorzuheben ist der Erfahrungssatz des Pfarrers: „Die allerschwerste Aufgabe eines Gefängnisgeistlichen ist die Todesvorbereitung und Begleitung eines Delinquenten zum Schaffot."

Unter dem Titel: „Anthropologie und Strafrecht" hat **Kurella** (411) einen von ihm gehaltenen Nachruf auf Lombroso und ferner eine Übersicht über die Verhandlungen des VII. Internationalen Kongresses für Kriminalanthropologie in Köln, 9.—13. Oktober 1911, zusammengestellt. Indem er Lombrosos Person und Werke im einzelnen würdigt, zeigt er die gewaltige Anregung, die von diesem Manne ausging, ist dabei für die Einseitigkeit seines Meisters nicht blind, sucht aber doch für die von Lombroso inaugurierte rein anthropologische Betrachtung des Verbrechers, Genies usw. zu retten, was nur gerade einigermaßen noch aufrecht zu erhalten möglich erscheint. Kurella meint: „Es steht keineswegs so, daß, wenn die morphologischen Merkmale, wie Lombroso sie beschrieben hat, zu leugnen wären, nun die Kriminalanthropologie künftig fortfiele und etwa durch eine bloße Kriminalpsychologie zu ersetzen wäre; vielmehr ist dann immer noch das Physische zu suchen, das mit dem Psychischen der Verbrechernatur im psychophysischen Konnex steht, und dieses Physische stellt, wenn man den Begriff der Anthropologie nicht allzu eng faßt, eben ein Objekt anthropologischer Forschung dar"... „Festzustellen, ob endogene oder exogene Faktoren das Verhalten eines Verbrechers bestimmt haben, ob er eine Verbrechernatur, ein Zufalls-, ein Gelegenheits-, ein Leidenschafts- oder ein irrer Verbrecher ist, ist allein Sache der positiven Wissenschaft vom Menschen, der Anthropologie." „Die soziale Reaktion hat nur ein Ziel: die Sicherheit der Gesellschaft; die Wahl ihrer Mittel hat auf Grund der Determinierung der Tat zu geschehen, welche die Anthropologie mit ihren Methoden ermittelt".

In seinem Übersichtsreferat über Kriminalanthropologie und Strafrecht im Lichte der Verhandlungen des VII. Internationalen Kriminalanthropologenkongresses erkennt Kurella an, wie heute noch Kompromisse mit der alten Strafrechtsschule nötig sind, Kompromisse, wie sie die neuesten Strafgesetzentwürfe in sich schließen, so mit dem Begriff der sogenannten „verminderten" Zurechnungsfähigkeit und auch der „unbestimmten Verurteilung" gegenüber.

Als Ideal eines neuen Gesetzbuches wurde aber auch auf diesem Kongresse hingestellt — ganz im Lombrososchen Sinne — Anpassung der gesellschaftlichen Reaktien an die Individualität des Täters bis zur äußersten Konsequenz, das will besagen: Hilfe demjenigen, dem zu helfen ist, Ausscheidung des unverbesserlichen antisozialen Individuums, dessen Einordnung in die Gesellschaft sich als unmöglich erweist. Vor allem aber: Vorbeugen. Ferri betonte besonders: Die Vorstellung, eine Schuld durch eine ihr angemessene, proportionelle Strafe zu vergelten oder zu sühnen, lehne die



moderne Weltanschauung ab. Nur ein allwissendes und allweises Wesen könne die Schuld messen.

Näcke (568) zeigt noch einmal, wie wenig von der ursprünglichen Lombrososchen Lehre, vor allem die vom „geborenen Verbrecher, vom Moral-Insanen, vom Verbrecher als Epileptiker, vom spezifischen Verbrechertypus, vom Atavismus des Verbrechens, von der geborenen Hure als Äquivalent zum geborenen Verbrecher und von der nahen Verwandtschaft zwischen Genie und Irrsinn" übrig geblieben sei. Heute sei die eigentliche Kriminalanthropologie im Sinne Lombrosos zur Seite geschoben als viel weniger wichtig wie die psychologische Erforschung des Verbrechers und des Verbrechens.

v. Hentig (300) berichtet nach dem Report of the Commissioners of Prisons and the Directors of Convict Prisons, Bd. 1 und 2, London, Sept. 1912 über die englische Kriminalität im Berichtsjahr 1911/12. Offenbar wegen der schweren Arbeitskämpfe des letzten Jahres haben die Körperverletzungen und das Trunkenheitsdelikt etwas zugenommen. In Camp Hill wurde die erste Sicherungsanstalt für Berufs- und gewohnheitsmäßige Verbrecher (Internierung mindestens 5, höchstens 10 Jahre) auf Grund der Prevention of Crimes Act 1908 eröffnet. Anzahl der Insassen: 33 Kriminelle.

Zaitzeff (858) schildert die Psychologie der Massen mit ihren Suggestionen, Affekten und erleichterten Willensauslösungen. Die Psychologie der Masse sei der der Hypnotisierten ähnlich. Deshalb müßten Massenverbrechen als in willensunfreiem Zustand begangen eigentlich straffrei bleiben. Dem widersprechen andere, die derartige Verbrecher bestraft wissen wollen, die Verführten milder, die Führer stärker. Manche wollen Massenverbrechen noch stärker bestrafen als Verbrechen einzelner, um abzuschrecken.

Abels (3) gibt einige wohl bisher gar nicht bekannte Verbrechensmotive an. Es handelt sich um kriminelle Handlungen aus Sport, sogar von schwerreichen Personen unternommen, die teilweise sogar die von ihnen Geschädigten in irgendeiner Form schadlos hielten. Dieser gefährliche Spleen blüht natürlich vor allem in Nordamerika. So wurden in den Jahren 1909 bis 1911 in den verschiedenen Städten der Vereinigten Staaten junge, den besten Gesellschaftskreisen angehörende, als kühne Reiter, Schwimmer usw. bekannte Leute vermißt; sie hatten den Pferdediebstahl u. ä. m. systematisch betrieben. Trotz ihrer Entschädigungsangebote wurden sie nach dem ungeschriebenen Gesetz des fernen Westens aufgeknüpft. Auch Morde aus Sport (an Indianern) sind, so furchtbar es klingt, zu verzeichnen. Manche Sportverbrecher begleiteten Berufseinbrecher auf ihren Streifzügen. Zu den Sportverbrechen zählt manchmal auch die durch Offiziere einer fremden Macht ausgeübte Spionage, auch manches Wildschützendelikt und so manche Schmuggelei. Die Mehrzahl der Wilderer sind allerdings nichts weiter wie feige, hinterlistige Tagediebe, die unter Hintansetzung allen Gefühls sich auf barbarische Weise des Wildes bemächtigen. Verf. erwähnt noch den Fall Hossek, jenes Studenten der Medizin, der, um seinen anerkennenswerten medizinischen Forschungen dienen zu können, auf photographischem Wege 50 Kronennoten vorzüglich fälschte, nicht eigentlich ein „Sport"verbrecher im Sinne des Wortes. Beispiele für Brandlegungen im großen, für Giftmord durch eine Frau usw. führt Abels an. Ganz besonders interessant ist der mitgeteilte Fall der Giftmörderin Luise V. aus Chicago, die in orgastische Erregung kam, wenn sie die Leichen ihrer Opfer in seidene Gewänder hüllen und mit duftenden Blumen überhäufen konnte, dies wohl keine Tat des Sports mehr, sondern ausschweifendster Perversion, die Tat einer pathologischen Nekrofetischistin auf sexueller Basis.



An der Hand einer außerordentlich reichhaltigen und fleißig durchgearbeiteten Kasuistik kommt **Mönkemöller** (544) bezüglich der Psychopathologie der Brandstifter zu folgenden Schlüssen:

Was den Einfluß der Psychopathologie auf die Brandstiftung anbetrifft, bleibt es dabei, daß diese auf der Grundlage der verschiedensten psychischen Affektionen, aus den mannigfachsten normalen und pathologischen Motiven heraus entstehen kann. Eine gewisse Steigerung findet in den Pubertätsjahren statt, und das weibliche Geschlecht beteiligt sich in dieser Zeit etwas mehr an diesem Delikt wie an anderen Formen der Kriminalität. Um wesentliche Steigerung der Zahlen handelt es sich hierbei aber nicht. Zum Teil war die Steigerung in diesen Jahren durch die physiologischen Verhältnisse der Frau bedingt. Bei den meisten pathologischen Brandstifterinnen liegen psychische Störungen vor, die nicht allein an diese Altersgründe gebunden sind. Normale Motive machen sich auch in einem sehr großen Prozentsatz bei diesen pathologischen Wesen bemerkbar. Insbesondere erweist sich gerade bei diesen die Brandstiftung wieder als das bequemste Mittel zur Rache. Außerdem spielen hier eine ganze Reihe von äußeren Umständen mit, die auf pathologische Naturen besonders stark einwirken.

Die Kriminalität ist seit Jahrzehnten in Zunahme begriffen, die Verurteilungsziffer ist ständig gewachsen. Der Rückgang der letzten Jahre ist nur eine Wirkung der Jugendgerichte mit ihrer größeren Anzahl Freisprechungen. Die Ursache dieser fortschreitenden jugendlichen Verwahrlosung und Verrohung hat Ursachen verschiedener Natur. **Major** (478) trennt sie in soziale, psychische oder individuelle und Gelegenheitsursachen. Die sozialen Ursachen sind bedingt durch den wirtschaftlichen Aufschwung unseres Volkes seit dem 70er Krieg mit seinem Industrialismus, dem Wachsen der Städte, der Frauenarbeit, der Wohnungsnot und Genußsucht. In der Minderwertigkeit, Geisteskrankheit und zeitweisen Widerstandslosigkeit der Psyche haben wir die individuellen oder psychischen Ursachen der jugendlichen Kriminalität. Verf. gibt von seinem mehr pädagogischen Standpunkte aus Typen minderwertiger Jugendlicher. Er schildert die Unehrliche, den leicht Debilen mit starken ethischen Mängeln und raffiniert egozentrischem Tun und Lassen, den Naschhaften, den Vagabunden, die mit überwertigem Gefühlsleben Begabten, besonders sexuell Erregte; dabei glaubt Major, Sadismus gerade bei solchen Kindern zu finden, deren Vater oder Mutter schon starken Geschlechtstrieb mit herzloser Grausamkeit verband. Gerade für die sexuell perversen Kinder wären besondere Erziehungsanstalten für Pathologische nötig, leider gäbe es die nicht. Verf. gibt ferner Beispiele von Kindern mit psychopathischer Konstitution, ferner von Hysterikern und Epileptikern mit Dämmerzuständen, von Maniakalen und Melancholikern, endlich von Kindern, die eine zeitweise Widerstandslosigkeit aufweisen (durch Überbürdung, schlechten Schlaf, Menses, Blutarmut, Pubertät, Onanie und körperliche Krankheiten). Als Gelegenheitsursachen gibt Verf. an Suggestion, schlechte Lektüre, Kino- und Varietébesuch, Alkoholgenuß und Leichtsinn der Eltern oder Lehrherren. „Vier Wege sind es, auf denen Jugendliche straffällig werden: Genußsucht, geistige Minderwertigkeit und Krankheit, schlechte Gesellschaft und Faulheit.“ Die hohen Prozentsätze der Minderwertigen unter den Fürsorgezöglingen und die Tatsache, daß viele erwachsene Verbrecher durch die Fürsorgeanstalten gegangen seien, legten uns die Pflicht der Heilbehandlung der anormalen Zöglinge auf in Heilpädagogien und der dort nicht Gebesserten in freien Arbeitsgemeinschaften unter dauernder Bevormundung und Leitung, eventuell lebenslänglich.



Nach **Hentig** (301) zeigt uns die englische Kriminalstatistik die Wirkungen einer modernen Kindergesetzgebung, soweit sich solche innerhalb Jahresfrist zu entfalten vermögen. In Frankreich entbehrten nahezu 25% der jugendlichen Verbrecher der väterlichen oder mütterlichen Leitung. In den interessanten allerdings nur skizzenhaften Vergleichen der Statistiken der einzelnen Kulturländer, die Jugendlichen betreffend, schneidet Deutschland mit seinen Erfolgen, vor allem gegenüber den Vereinigten Staaten, nicht besonders gut ab. Verf. meint: „Zweifellos haben die deutschen Jugendgerichte mit bestem Willen Gutes geleistet. Aber sie sind nur Provisorien und haben als solche die unpädagogische Starre des herrschenden Strafrechts nur an wenigen dünnen Stellen erreichen und umbiegen können. Nur von einem großzügigen Jugendstrafrecht können wir einen Stillstand der erschreckend anwachsenden Zahl jugendlicher Vorbestraften und eine sichere Abnahme der jugendlichen Kriminalität erwarten."

Mc Donald (468) gibt eine ausgedehnte Zusammenstellung von körperlichen Maßen und Anomalien bei Verbrechern.

Marie (486) referiert kurz zusammengefaßt über „Pubertät und geistige Anomalien".

Mc Donald (469) behandelt einige Punkte aus der Lehre über die Verbrechen Jugendlicher. Er befürwortet ein eingehendes systematisches Studium der Ursachen des Verbrechens, Ursachen, die zweifellos häufig in der Natur der betreffenden Kinder selbst lägen. Leider kämen immer jüngere und jüngere Kinder vor Gericht; Schuld daran sei aber auch der allgemeine Verfall des Familienlebens. Außenarbeit von Vater und Mutter, Losgelöstsein von der Scholle in den Mietswohnungen der Großstadt, Alkoholismus, Klubleben usw. trage dazu bei, den Familiensinn zu schwächen. Die Zahl der Geburten reiche kaum mehr hin, jene der Todesfälle aufzuwiegen, Ursache davon sei teils das Elend, teils die Selbstsucht. Gewisse Veröffentlichungen in der Presse schmeichelten jugendlichen Übeltätern. Das Gefängnis werde für sie interessant. Kurze Gefängnisstrafen seien schädlich, sie benähmen den jungen Leuten die Furcht vor dem Gefängnis, die doch zuerst meist eine Hemmung bilde. Statt Gefängnis lieber Schulen für verwahrloste Kinder und Besserungsanstalten mit all ihren verfeinerten Einrichtungen! Jedes Kind habe ein Recht auf entsprechende Erziehung. Ganz richtig sei es, die Besserungsanstalten auch als ein Laboratorium für Studienzwecke zu benutzen, wenn den Zöglingen daraus kein Nachteil erwüchse. Der allgemeine Plan für so eine Studienanstalt müsse darin bestehen, Spezialisten für Psychologie, Medizin und Anthropologie beizuziehen. Nur solche Studien könnten Ursachen aufdecken und Heilmittel auffinden lassen.

An der Hand des Tabellenwerkes der amtlichen bayrischen Justizstatistik für 1910 zeigt **Rupprecht** (668), daß die „Bewährung" im Jugendstrafverfahren hohe erzieherische Bedeutung besitzt und wertvolle soziale Erfolge erzielt. Darum ist ihre Ausdehnung wünschenswert, insoweit dem Jugendgericht eine gut organisierte Jugendgerichtshilfe tatkräftig zur Seite steht.

Rothschild (664), Vormundschaftsrichter in Frankfurt, hat den Versuch gemacht, die beginnende Verwahrlosung, die vornehmlich im schulpflichtigen Alter auftritt und zuerst im Schulschwänzen sich offenbart, dadurch zu bekämpfen, daß er die Kinder allwöchentlich bei Gericht antreten läßt. Bei freundlicher Behandlung der Kinder hat die Maßregel meistens bald Erfolg. Wenn er ausbleibt, so ist dies ein Anzeichen für tiefergehende Verwahrlosung, der nur durch frühzeitige Anordnung der Fürsorgeerziehung begegnet werden kann. *(Autoreferat.)*



Silbernagel (736) berichtet in beiden Aufsätzen über den Stand der eingeleiteten internationalen Organisation der Jugendfürsorge. Er erstrebt ein Zusammenwirken der Staaten und der privaten Jugendfürsorgekreise und umschreibt das gewaltige Arbeitsfeld, das die beiden bescheidenen Worte Kinderschutz und Jugendfürsorge in sich schließen, näher.

An der Hand von zehn einschlägigen Fällen kommt **Mairet** (477) zu folgender Einteilung der „Vagabondage": die primitive konstitutionelle Vagabondage, die Vagabondage bei moralischer Inversion, Instabilität und Gleichgewichtslosigkeit und die Vagabondage infolge Obsessionen und Impulsionen. Allen Fällen aber läge zugrunde eine Degeneration mit pathologischen Antrieben, denen eben nur das Herumschweifen Genüge tue. Solche Antriebe könnten vereinzelt oder intermittierend vorkommen bei der Vagabondage seitens Geistesgestörter oder mit krankhaften Impulsionen Behafteter, also auch seitens Desequilibrierter. Dagegen beherrsche der Wandertrieb fast ununterbrochen den konstitutionellen Vagabunden. Im ersten Fall handele es sich um gelegentliche Vagabondage, um Fugues, im zweiten um gewohnheitsmäßige. Der Wandertrieb könne wurzeln — primär in der Sphäre des Gefühls, er könne aber auch das Resultat einer Idee sein, die sich erst sekundär mit der Sphäre des Gefühls verbinde (idée-sentiment). Den verschiedenen Ursachen der Vagabondage gegenüber sei die banale Repression ohne Erfolg. Der psychische Defekt, der die Basis der Vagabondage bilde, enthülle sich meist schon in der Kindheit, und hier schon müsse die Bekämpfung einsetzen. Familie, Lehrer und Arzt müßten dabei zusammenarbeiten. Der Arzt müsse über jeden Schüler einen psychischen Status aufnehmen, eine psychologische Bilanz ziehen und für jeden Anormalen besondere Regeln für seine Erziehung aufstellen. Für konstitutionelle und unverbesserliche Vagabunden bedürfe es aber spezieller Anstalten, wo man sie festhalte und verpflege. Es sei das eine dringende Forderung für die Zukunft.

Die Vagabunden stehen wohl alle, soweit sie nicht direkt als pathologisch zu beurteilen sind, auf der Grenze des psychisch Normalen. Das Grundprinzip des Vagabundentums ist der ungezügelte Trieb zum tatlosen Umherwandern. Dieser Trieb ist noch nicht der Ausdruck einer pathologischen Seelenverfassung. Bei Gesunden halten aber Hemmungen den Wandertrieb in Schranken. Der Vagabund erwarb diese Hemmungen nie oder hat sie verloren. **Weber** (823) faßt diese Hemmungslosen in folgende Gruppen zusammen: Alkoholiker und erblich Belastete einerseits, Uneheliche und Waisenhauszöglinge andererseits (elternlose Erziehung). Verf. schildert an der Hand eines praktischen Falles aus seiner gerichtsärztlichen Tätigkeit den Entwicklungsgang eines Vagabunden näher, bei dem Spuren von Hemmungen vorhanden waren. Weber meint deshalb, wäre der Mensch als Kind rechtzeitig in eine geeignete Fürsorgeerziehung gekommen, so hätte vielleicht etwas Brauchbares aus ihm werden können. „Daß das Arbeitshaus mit seiner Beschränkung der persönlichen Freiheit kein geeignetes Milieu für ihn ist, hat die Erfahrung gelehrt; das kann in derartig gelagerten Fällen nur als Mittel zur Unschädlichmachung, nicht aber zur Besserung aufgefaßt werden."

In seiner Arbeit über das Landstreichertum streift **Seige** (719) auch dessen Berührung mit der Arbeitslosigkeit und meint dabei mit Recht: „Die Psychologie der Arbeitslosen zu schreiben, wäre ein dankbares Thema, das noch von niemand bearbeitet ist." Bei den „fahrenden Leuten" nun spielten die eigentlichen Geisteskranken bei weitem nicht die Rolle wie die psychopathischen Grenzzustände. Auf der Landstraße träfen sich die ver-

schiedenartigsten Elemente, die Seige recht gut schildert, dennoch könne man von einem Typus des gewohnheitsmäßigen Landstreichens sprechen, „denn das gleichartige Leben, die gleichen Schädlichkeiten bringen doch eine ganze Menge gleichartiger Eigenschaften hervor, die immerhin den meisten Persönlichkeiten einen gleichmäßigen Stempel aufdrücken". Hervorstehend sei bei den Vagabunden die maßlose Erbitterung gegen die bestehende Gesellschaftsordnung, der sie alle Schuld beimäßen. Selbst im bestgeleiteten Krankenhaus hielten sie es nicht aus, denn alsbald stelle sich bei ihnen ein äußerst unbehagliches Gefühl bei jedem milden Zwange ein. Zum Freiheitsdrang und ihrer Unstätigkeit komme noch ein gewisses Zusammengehörigkeitsgefühl der Landstreicher untereinander. Selten werde der Vagabund zum ernstlichen Verbrecher. „Gerade für den großen Verbrecher ist der Vagabund etwas Verächtliches, er benutzt ihn höchstens einmal zum Schmierestehen oder dergleichen." Bisher seien fast alle Bemühungen zur Bekämpfung der Landstreicherplage erfolglos gewesen. Helfen könne uns nur ein Netz von Wanderarbeitsstätten nach v. Bodelschwinghs Muster und die gute Versorgung wirklich arbeitsunfähiger Personen.

Schuppius (709) legt seiner Arbeit über die Vagabunden die Krankengeschichten aller Landstreicher zugrunde, die seit Eröffnung der Irrenanstalt in Rostock (Ende 1896) bis Anfang 1912 aufgenommen worden sind. Ihre Zahl ist mit 45 relativ gering. Diese 45 Landstreicher verteilen sich auf die einzelnen Krankheitsformen wie folgt: Dementia praecox 26, Epilepsie 4, senile Demenz 4, Imbezillität höheren Grades 3, degeneratives Irresein 2, Delirium potatorium 2, Dementia paralytica 1, unklare Fälle 3. Verf. führt zunächst, um vor allem wieder die kausalen Beziehungen zwischen Psychose und sozialer Lebensführung klarzulegen, möglichst kurz die einzelnen Krankengeschichten an, um späterhin die nötigen Folgerungen daraus zu ziehen. Zur Dementia praecox gehören in erster Linie die Fälle, bei denen bestimmt nachzuweisen ist, daß der soziale Verfall direkt durch die Erkrankung bedingt ist. Bei der senilen Demenz sieht man besonders deutlich Fälle, von denen man sich sagen muß, daß sie durch weitergehende soziale Fürsorge zu vermeiden gewesen wären. „Der Korrigende, der im ehrwürdigen Alter von 70 Jahren oder gar darüber zum ersten Male die Bekanntschaft des Arbeitshauses macht, ist gewiß eine Erscheinung, die jedem zu denken gibt." Mit Recht bemerkt Verf. bei Besprechung der Dégénérés, daß sie sich bei einer vorübergehenden Massenuntersuchung von Korrigenden der Entdeckung wohl ausnahmslos entziehen dürften. Verf. faßt seine Wünsche, die sich aus dem Studium seines Materials ergaben, folgendermaßen zusammen:

1. Psychiatrische Vorbildung der Anstaltsärzte an den Arbeitshäusern.
2. Genaue amtliche Erhebungen über das Vorleben jeden einzelnen Landstreichers.
3. Genaue Führung der Strafverzeichnisse und, bei mehrfachen Vorstrafen wegen Bettelns, Aufnahme eines Vermerks über etwaigen Aufenthalt in Irrenanstalten.
4. Bei jeder Einlieferung eines Korrigenden Kenntnisnahme von den Vorakten.
5. Überweisung jedes geisteskranken oder der Geisteskrankheit dringend verdächtigen Korrigenden an eine Irrenanstalt.
6. Unterbringung aller der direkten Anstaltspflege nicht mehr bedürftigen geisteskranken Landstreicher je nach ihrer Rüstigkeit in Landarmenhäuser bzw. ähnlichen Instituten oder in noch zu schaffenden Zwischenanstalten.



Noack (578) stellt die Gemeingefährlichkeit der vom Gesetz immer wieder geduldeten, ja gebilligten proletarischen Wohnungsverhältnisse dar, und zwar nur erst einmal im Hinblick auf das Sexualleben ihrer Bewohner. Der Boden seiner Untersuchung ist im wesentlichen Berlin; es ergeben sich jedoch dieselben Resultate überall dort, wo die private Terrainspekulation grassiert. „Und wo wäre das nicht im lieben deutschen Vaterlande der Fall“ ruft Verf. aus. Das Massenangebot von „Möblierten Zimmern“ und „Schlafstellen“ beweist, wie unerträglich groß die Wohnungsnot ist. Die Sphäre der überfüllten Wohnungen ist mit Sexualität geladen förmlich bis zum Platzen. Das Stadium der Inkubation besteht immerwährend. Der Boden für Sexualdelikte ist bereitet. „Wenn man durch Erhebungen feststellen könnte, wieviele von den „Abmietern“ zu ihren verheirateten Wirtinnen in ehebrecherische Beziehungen treten, schon allein diese Enquete müßte Staat und Gemeinde zwingen, dem schrankenlosen Abvermieten bestimmte Grenzen zu ziehen. Und nun erst die Kinder! Verf. möchte selbst manche sogenannte „Schülertragödien“ auf Endstadien von Dramen zurückführen, wie sie sich im gemeinsamen Bett von Brüderlein und Schwesterlein selbst besser situierter Familien anspinnen. — Wie werden die weiblichen Abmieter ausgenutzt, wie besonders die Prostituierten, denn die Wirte setzen das Risiko, wegen Kuppelei vor den Staatsanwalt zitiert zu werden, als Wertobjekt in ihre Rechnung. Es besteht gerade in diesen Fragen ein außerordentlicher Anachronismus zwischen Gesetz und Leben.

Müller (554) beschreibt das Asyl für männliche Obdachlose in Köln, das natürlich auch viele verbrecherisch veranlagte Naturen beherberge. Andererseits habe man aber auch die Erfahrung gemacht, daß allein eine regelmäßige Tätigkeit in menschenwürdigen Verhältnissen genügte, die Leute so zu beeinflussen, daß sie sich später hielten. Nur wären bei weitem nicht genügend Arbeitgeber für solche Leute da, daher sollten Kolonien gegründet werden, welche diese Leute aufnähmen und sie in ihren Familien in der ersten, der kritischen Zeit erhielten. „Die kriminellen Obdachlosen werden durch die Not und Verlassenheit vielfach veranlaßt, wieder kriminell zu werden, oder im Selbstmord zu enden; dasselbe gilt auch für die übrigen Gruppen der Obdachlosen.“

Mönkemöller (543) schließt sich der Meinung E. Schulzes, Krauses und Wegeritz' an, die verlangen, daß die Tatsache der Fürsorgeerziehung in der Stammrolle eingetragen würde. Es läge im Interesse der früheren Fürsorgezöglinge und des Heeres, daß man um ihre Vergangenheit wisse, sie dementsprechend, soweit mit der Disziplin vereinbar, vorsichtig behandele, und sich in kritischen Momenten stets daran erinnere, daß man es eben mit diffizilen Naturen zu tun habe. Am besten würden vonseiten der Anstalten jährlich bei Aufstellung der Listen den Ersatzbehörden die Namen aller Fürsorgezöglinge mitgeteilt, die in Betracht kommen. Besonders aufmerksam zu machen sei dabei auf die psychisch nicht Intakten, Kranken oder Asozialen. Bei den schwierigsten Elementen sei von einer Einstellung lieber Abstand zu nehmen. „Wenn einmal für jeden Fürsorgezögling ein Fragebogen angelegt ist, auf dem das Resultat dieser (irrenärztlichen) Untersuchung eingetragen ist und eine fortlaufende Darstellung der Begebnisse in der Anstalt das psychische Charakterbild vervollständigt, würde die Überweisung dieses Fragebogens an die Ersatzbehörden den Militärärzten ihre schwere Aufgabe gewaltig erleichtern. Von einer solchen Festlegung des Geisteszustandes ist mehr zu erwarten als von einer kreisärztlichen Untersuchung, die kaum der Eigenart dieser Grenzfälle gerecht werden könnte.“



Angeregt durch die (zum Teil vom Verf. im Auszug wiedergegebenen) Aufsätze, die alle mehr oder weniger die Reinigung des Heeres von intellektuell und moralisch unbrauchbarem Ersatz zum Endziel haben, hat **Partenheimer** (595) Januar 1912 mit Genehmigung des Generalkommandos VIII. Armeekorps bei mehreren Truppenteilen Untersuchungen angestellt, die Anhaltspunkte dafür ergeben sollten, wieweit die im Zivil vorbestraften Mannschaften durch die straffe militärische Zucht und den im Heere lebenden und wirkenden Geist der Disziplin beeinflußt würden. Dabei fand Verf., daß „bei der Prüfung der Dienstfähigkeit die Berücksichtigung der Vorstrafen von großer Bedeutung ist, daß aber aus den Vorstrafen allein eine endgültige Beurteilung der geistigen und moralischen Fähigkeiten, den Heeresdienst zu leisten, nicht, oder wohl nur in den seltensten Fällen erfolgen kann. Zweifellos ist aber die ärztliche, bzw. psychiatrische Untersuchung und Beobachtung aller mehrfach Vorbestraften eine Forderung, die immer wieder aufgestellt zu werden verdient, und von deren Erfüllung im Verein mit all dem anderen bereits verfügten bzw. geforderten Vorsichtsmaßregeln beim Ersatzgeschäft bzw. der „Reinigung der Truppen vom geistig Unbrauchbaren" nicht zu unterschätzende Vorteile für das Heer zu erwarten stehen."

Simonin (738) gibt eine eingehende Studie über die geistig Debilen in der Armee, vor allem in Hinblick auf geistesschwache Delinquenten. Er betrachtet sie vom klinischen Gesichtspunkte und dann vom mediko-legalen und macht Vorschläge, wie die Armee sich am besten von ihnen befreie oder mit ihnen abfinde.

Gegen Küppers, der im Bd. VIII S. 630 der Monatsschrift für Kriminalpsychologie sich für die Wehrpflicht der mit Zuchthaus Bestraften ins Zeug gelegt hatte, wendet sich energisch **Stier** (769), der mit Recht a limine die Meinung ablehnt, daß es eine Pflicht und Aufgabe des Heeres sei, gleichsam wie die einer Erziehungsanstalt, die jugendlichen Verbrecher und überhaupt Leute zu erziehen, die moralisch irgendwie defekt sind. Außerdem stehe der minimale Nutzen der „Arbeit" dieser Leute, Gefangenen und Arbeitssoldaten in gar keinem Verhältnis zu den Unkosten und dem Schaden (an Disziplin), den sie dem Heere zufügten. Nach psychiatrischer Erfahrung handele es sich sehr oft um geistige Mängel bei derartigen Leuten, und durch frühzeitige Erkennung dieser Mängel seien solche schwer oder unerziehbaren, die Armee äußerst schädigenden Elemente möglichst dem Heere fernzuhalten. Dahin ginge auch die erfreuliche Gesamttendenz der behördlichen Verfügungen der letzten Jahre. Vielleicht könne man noch weitere Kriterien finden, die es ermöglichten, nicht nur die mit Zuchthaus, sondern auch viele der mit Gefängnis bestraften Leute von der Einstellung in das Heer fernzuhalten.

Weyert (830) teilt seine Beobachtungen und Untersuchungen über 29 Fälle Militärgefangener mit, die ehemalige Fürsorgezöglinge waren, und prüft dabei besonders, welche Schlußfolgerungen sich ergeben für die Diensttauglichkeit der Fürsorgezöglinge im aktiven Heere. Er schildert die erbliche Belastung und die traurige Jugend der Mehrzahl seiner Fälle, ihr Aufwachsen inmitten psychisch abnormer, trunksüchtiger, sittlich verkommener Charaktere meist ohne tiefergehende elterliche Fürsorge. Sie haben fast alle eine ganze Blütenlese von Straftaten hinter sich. 14 Leute, also die Hälfte des Materials Weyerts, werden schon von der Fürsorgeanstalt selbst mehr oder weniger eindeutig als unerziehbar bezeichnet, bei sechs weiteren war die Erziehung mindestens sehr schwierig. Jeder hat als Zögling gelegentlich zu entweichen versucht. Es handelt sich bei Weyerts Material aber um Ausnahmefälle, denn an sich zeigt die Statistik der Fürsorgeerziehung ja



wachsende günstige Erfolge, die noch besser werden dürften, wenn die Erzieher psychiatrische Kurse nehmen, für psychopathische Zöglinge besondere Erziehungsanstalten gegründet werden und für geistig Minderwertige besondere Hilfsklassen. — Ein nicht unbeträchtlicher Prozentsatz von Weyerts Material mußten als unsichere Heerespflichtige eingestellt werden. (Abneigung gegen ein geregeltes, diszipliniertes Leben.) Bei der großen Kriminalität der 29 während ihrer aktiven Dienstzeit spielt dann die unerlaubte Entfernung von der Truppe bzw. Fahnenflucht die größte Rolle. Die Leute waren nicht eigentlich geisteskrank, aber fast alle angeboren schwachsinnig oder zur großen Gruppe der psychopathischen degenerativen Konstitution gehörig (nur ein Fall von Jugendirresein war darunter); nach Weyerts Meinung kein Wunder, da gerade seitens der militärischen Gerichte der Psychiater ungemein häufig um sein Urteil gefragt werde, sicher weit häufiger, als es bei den Zivilgerichten der Fall zu sein pflege. Verf. gibt dann eingehend die Lebensläufe seiner Gefangenen im einzelnen. 14 davon gehören unter die Rubrik: Imbezillität (44,8 %). Zu den Psychopathen und Degenerierten gehören 10, zu den Haltlosen, Instabeln 6 der Leute. Einige boten epileptiforme oder epileptoide Anfälle. — Ehemalige Fürsorgezöglinge müßten der Militärbehörde angezeigt werden, womöglich unter Beigabe einer zusammengefaßten Schlußschilderung der Persönlichkeit bei Abgang des Zöglings aus der Anstalt. Viele Zeit und Nachteile würden dadurch gespart werden. Gegen Schuppius meint Weyert: „Wenn (wie Schuppius in seiner Arbeit feststellte) von 222 früheren Fürsorgezöglingen und Soldaten des 2. Jahrgangs 24 % bzw. 35,75 % in ihrer Dienstzeit unbestraft geblieben sind, wenn also 64,25 % strenger als durch Rapporte, Strafwachen und ähnliche kleine Disziplinarstrafen bestraft werden mußten, so vermag ich im Gegensatz zu Schuppius den letztgenannten Prozentsatz durchaus nicht so günstig zu finden. Er ist auf jeden Fall beträchtlich höher als bei den jungen Leuten, die nicht in Fürsorgeerziehung waren."

In einem Referat über die Psychopathologie und Sozialhygiene der verkommenen Kinder bezeichnet **Szana** (787) jene Kinder als verkommen, welche wiederholt und unmotiviert antisoziale Handlungen begehen; die Verkommenheit ist nicht durch eine ständige, sondern durch eine periodisch auftretende Störung gekennzeichnet. Gewöhnlich zeigt die psychiatrische und psychologische Untersuchung keine Abnormität, doch begeht das Kind oft ohne nachweisbaren Grund oder unter gewissen Umständen antisoziale Handlungen. Nach Szana ist die Verkommenheit ein Stehenbleiben der Kindesseele auf einer infantilen Stufe, was durch Alkoholismus, Lues der Eltern, durch Rhachitis oder Einfluß des Milieus hervorgerufen wird. Unter den 1410 Fällen Szanas waren 87 % Knaben, 13 % Mädchen; antisoziale Handlungen waren in 88 % begangen worden, 85 % waren bereits bestraft. Die antisozialen Handlungen der Knaben zeigten sich in Vagabondage, der Mädchen in dieser und sexueller Frühreife. Mit unzulänglichen Mitteln konnte Vortr. bloß in 10 % pathologische Symptome nachweisen, doch vermutet er solche in 75 %. — Vortr. stellt folgende klinisch-pädagogischen Typen der verkommenen Kinder fest: 1. Geistig normale Kinder mit vollständiger sozialer Anpassungsfähigkeit, welche bloß in der Umgebung dem sittlichen Verfall ausgesetzt waren. 2. Pädagogisch zurückgebliebene Kinder, geistig und sittlich normale Kinder, welche infolge unrichtiger Erziehung in steter Aufregung erhalten sind. 3. Geistig und sittlich normale Kinder, welche infolge unrichtiger Behandlung in steter Aufregung erhalten sind. 4. Schwachbefähigte Kinder. 5. Psychopathische resp. psychisch minderwertige Kinder, welche beeinflußbar sind. 6. Ebensolche Kinder, ohne



Beeinflußbarkeit. In den Gruppen 5 und 6 gibt es instable und inerte Kinder. 7. Durch funktionelle Neurosen psychisch abnorme Kinder. 8. Fälle von Moral insanity, welche vom Standpunkte der Sozialhygiene eine besondere Gruppe bilden.

Die Mängel der zweifellos hervorragenden ungarischen Kinderfürsorge wünscht Vortr. durch folgende Maßnahmen zu beseitigen: a) Individuelle Erweiterung der Altersgrenzen des staatlichen Kinderschutzes. b) Intensivere Erforschung der guten Kinder schlechter Eltern (Märtyr-Kinder). c) Obligatorische psychologische Beobachtung nicht bloß jener Kinder, welche in staatliche Fürsorge gelangen, sondern auch sämtlicher jugendlicher Verbrecher. d) Verwendung von psychiatrisch und psychologisch geschulten Ärzten zu diesen Beobachtungen. e) Eine der besonderen Natur der Kinder entsprechende Einteilung der geschlossenen Anstalten und eine Behandlung auf Grund mediko-pädagogischer Prinzipien. f) Beaufsichtigung der in Familienpflege gegebenen Kinder durch besoldete und psychologisch einigermaßen geschulte Patrone auf Grund der von ärztlicher Seite erhaltenen mediko-pädagogischen Instruktionen. (*Hudovernig.*)

Näcke (570) scheidet für seine Betrachtung die eigentlichen Psychosen, den chronischen Alkoholismus, die antisozialen Phasen der Psychopathen und Entarteten und endlich die sogenannte moralische Pubertätsdefektuosität als nicht habituelle Zustände aus. Die übrigbleibenden Fälle von dauerndem Antisozialsein oder moralischem Defekt teilt er vom rein psychologischen Standpunkte aus ein: 1. in moralisch Tote, 2. moralisch Verkümmerte, 3. moralisch Vollwertige — also je nach der moralischen Anlage. Dabei sind die Moralbegriffe natürlich nicht angeboren. Weitere Abteilungen werden gemacht, je nachdem auch das Milieu wirkt, das „primäre Ich" nicht bezähmt wurde oder gar hypertrophisch war, ferner je nach Bestehen von Zwangstrieben und Impulsen. Natürlich können sich diese Gruppen kombinieren — auch nach Intelligenzentartungsgraden (aktiver oder erethischer Typus). Die Hauptgruppen werden in Tabellenform dargestellt. Es folgen dann allgemeine Ausführungen über Moral, Utilitarismus usw. Der springende Punkt der ganzen Moral ist für Näcke die „angeborene Affektdisposition". Geborene Verbrecher und eine Moral-Insanity im eigentlichen Sinne des Wortes gibt es nicht, höchstens Entwicklungshemmungen, die dann unter den § 51 fallen müßten. Den Schluß bilden therapeutische Hinweise.

Nach **Kleemann** (384) gibt es Familien und Sippen, in denen zwei oder mehr Glieder verschiedene Delikte auf dem Kerbholz haben, ja wo das radikale Böse förmlich zu Hause ist, in fürchterlicher Weise grassiert und unablässig um sich greift. So ist denn die Verbrecherfamilie eine degenerierte, in der Regel zugleich physisch, psychisch und ethisch verwahrloste Familie mit bestraften Gliedern und vererbtem Hange zur Gesetzesverletzung. Man denke an die sagenumwobenen Familien der Tantaliden, Pelopiden, Atriden usw. Nach einigen allgemeinen Erörterungen über die Entstehung des Verbrechertums überhaupt sucht Verf. auf Grund eigener Notizen und Erfahrungen und des Einblicks in gar manche Familie ein Bild davon zu geben, wie eine Verbrecherfamilie entsteht, und welche Erscheinung sie darbietet. Er huldigt dabei einem berechtigten Determinismus, sagt u. a.: „Aber wiewohl der Trinker kein Trinker, der Verbrecher kein Verbrecher werden will, werden sie es doch. Ebenso wird, fast wider Willen, die Verbrecherfamilie zur Verbrecherfamilie". „Verbrecher und Verbrecherfamilien besitzen ihre eigene Ätiologie, und diese gilt es auf ihre somatische, psychische und ethische Seite hin zu studieren." Natürlich spielt auch das ganze Milieu eine determinierende Rolle, es ist ja auch ein Faktor der Degene-



ration. Dazu kommt aber eben doch bei den Verbrecherfamilien ein vererbter Hang zur Gesetzesverletzung. Mittel zur Heilung der Schäden dürften sein: 1. Verhinderung der Fortpflanzungsmöglichkeit (Eheverbote, Kastration), 2. dauernde Internierung, und 3. Deportation. Geistig und körperlich zurückgebliebene Kinder müssen unter besondere Obhut genommen werden. Aber auch dann „geht stets ein gewisser Prozentsatz der so belehrten und so gepflegten Kinder unrettbar zugrunde". Gegen angeborene Willensdispositionen (Triebe, Temperament usw.) und von Haus aus verdorbenen Charakter gibt es eben kein Generalheilmittel. Die Natur hilft zur Sanierung durch Abstoßung von Zweigen und Seitenlinien der Verbrecherfamilien bis eventuell zu ihren Aussterben. Neue Verbrecherfamilien haben sich jedoch unterdessen gebildet. Immerhin wird aber ein wuchtiges Überhandnehmen durch ihre eigene wirtschaftliche Untüchtigkeit erschwert.

Hurwicz (340) versucht in scharfsinniger Weise an dem Begriff der Gemeingefährlichkeit eine möglichst genaue, juristische Analyse vorzunehmen. Besonders beschäftigt sich seine Untersuchung mit dem Unterproblem des état dangereux vor Begehung eines Delikts, also mit der so schwierigen rechtlichen Einordnung einer potentiellen oder latenten Gefährlichkeit. Das Problem sei zum Teil ein eminent rechtsphilosophisches, jedenfalls kein ärztlich psychiatrisches. Ärztlich handele es sich auch bei gefährlichen Geisteskranken um eine organische oder funktionelle Unzulänglichkeit, juristisch aber um die Gefährdung der Rechtsordnung, dort also um eine biologisch naturwissenschaftliche, hier — um eine soziologische Kategorie. Läßt sich der état dangereux durch Merkmale kriminal-juristischen Charakters charakterisieren? Hurwicz antwortet mit ja; gewisse Gefährlichkeitsmerkmale wiederholten sich in typischer Weise, so die Bedrohung seitens Geisteskranker, die Warnung vor sich selbst, die Willenskundgebung zu einer gefährlichen Tat, ja sogar Vorbereitungshandlungen oder wirkliche Versuche deliktischer Handlungen, häufig mit untauglichen Mitteln, ferner wirkliche strafbare Handlungen, die noch schlimmeres erwarten ließen, z. B. Mißhandlungen seitens Alkoholisten, Selbstmordversuche, unüberwindliche Zwangsvorstellungen kriminellen Inhalts, feindliche Sinnestäuschungen und kriminelle Vorstellungen. „Nicht auf diese oder jene Krankheit, sondern auf das Vorhandensein der angegebenen Symptome allein kann der gefährliche Zustand im kriminalistischen Sinne gegründet werden." Die Bekämpfungsmittel werden sich als eine ganze Stufenleiter von Maßregeln, von der Internierung herab bis auf die Verwahrung und Aufsicht in eigener Familie gestalten müssen. Auch Entmündigung und Pflegschaft gehörten eventuell in diese Skala, wenn auch ihre kriminalpolitischen Zwecke bekanntlich bestritten würden. Man könnte sich vielleicht auf folgende Formulierung einigen: „Geisteskranke oder Geistesschwache, die durch Wort oder Tat ihren kriminellen (auf die Ausführung eines Deliktbestand gerichteten) Willen kundgeben oder von kriminellen Vorstellungen oder Antrieben unwiderstehlich beherrscht sind, werden, falls bei ihrem weiteren Verbleiben in Freiheit eine Straftat dringend zu befürchten ist, einer Heilanstalt, einer fremden oder der eigenen Familie zur Überwachung und Pflege überwiesen."

T. W. Mc. Dowall und **Colin Mc. Dowall** (512) beschreiben und bilden einen Fall ab mit abnormer Verschieblichkeit der Kopfhaut bei einem Idioten und besprechen die Ursache dieser Abnormität kritisch.

Habermann (262) gibt eine Übersicht über den Begriff der psychopathischen Konstitution, wie ihn Ziehen inaugurierte.

Die Arbeit **Hermann**'s (302) ist ein hübsch durchgearbeiteter Beitrag zur sogenannten Moral-insanity-Frage und beschäftigt sich außerdem noch

mit der heilpädagogischen und strafrechtlichen Behandlung der Entarteten. Von 800 Fällen Krankenbestand blieben dem Verf. 29 Degenerierte ohne Intelligenzdefekt, Debile, Imbezille und Idioten zur Untersuchung auf das Verhältnis des Verstandes zur Affektivität und zum moralischen Gefühlsleben hin. 13 Fälle davon werden skizzenhaft mitgeteilt und besprochen. Er kommt dabei zu folgenden wertvollen Resultaten: „Jedenfalls ist das Bild von der „Gefühlsroheit" und „sittlichen Stumpfheit" des degenerierten Verbrechers, der darum so oft unter der Bezeichnung „moralische Idiotie bzw. Anästhesie" geschildert wurde, nicht ohne weiteres richtig. Wir müssen uns mit guter Intelligenz und meist überraschend guter moralischer Begriffs- und Gefühlsentwicklung abfinden. Hier ist die Erklärung für die haltlos kriminelle Lebensführung nicht zu finden". Mit Gross sieht Hermann in der „affektiven Kritiklosigkeit" eine Wurzel der psychopathischen Eigentümlichkeiten. Diese sei aber von den Störungen der Intelligenz prinzipiell auseinanderzuhalten. Daß trotz antisozialer Gefühlsveranlagung aber die allgemeine affektive Einfühlung vorzüglich sein kann, glaubt Verf. in seinen Krankengeschichten nachgewiesen zu haben. Es fehle aber die Ausgeglichenheit, die Harmonie der Gefühlsregelung, dadurch sei die kriminelle Lebensführung und antisoziale Gesinnung mit einer gewissen Naturnotwendigkeit prädisponiert. Ein Unterschied degenerierter und nichtdegenerierter Verbrecher sei nicht nachweisbar. Sie unterschieden sich nur durch ein Mehr oder Weniger von Entartungszeichen. Er erblickt also in dem Habitualzustand, der Degenerierte, Imbezille und Alltagsverbrecher zum Gewohnheitsverbrechen treibt und sie moralisch defekt erscheinen läßt, keine krankhafte Störung der Geistestätigkeit, sondern eine gleichartige Persönlichkeitsvariante von vorwiegend bzw. ausschließlich kriminal-anthropologischer Bedeutung. Deshalb seien auch in solchen Fällen der Anwendung des § 51 äußerst enge Grenzen zu ziehen. Allerdings könnten sich bei einigen Individuen die begleitenden degenerativen psychischen Anomalien derartig gruppieren, daß doch daraus eine „krankhafte Störung der Geistestätigkeit" entstehe. Jedenfalls aber paßten solche Leute nicht, auch die sogenannten Minderwertigen nicht, in die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, denen der neue Strafgesetzentwurf sie zuweisen wolle. Diese Anstalten seien mit großen Kosten erbaut zur „Fürsorge für Geisteskranke". Der dort herrschende Komfort, das no-restraint und Offentürsystem vertrage sich nicht mit dem Charakter minderwertiger Diebe, Zuhälter, Dirnen, Apachen, Lustmörder, Perverser usw. Solche Leute müßten getrennt von der Irrenfürsorge behandelt werden. Für sie bedürfe es andersartiger Zwischenanstalten allerdings unter ärztlicher Leitung.

Hoepfner (326) meint, die Kriminalpsychologen werde es interessieren, inwieweit die ganze Psyche des Stotterers mit dem die Sprachstörung auslösenden Seelenzustande zusammenhänge — vor allem auch das „Verhältnis zwischen Stottern und Asozialität, sowie Antisozialität, insofern die letzteren beiden Zustände als direkt durch den „Fremdkörperreiz" hervorgebracht sich in einer Anzahl von Fällen werden erweisen lassen". Sei doch sowohl Stottern wie die individuelle Art der Sozialität als Ausdruck des Willens und seiner Störungen an die Aufmerksamkeit, an das soziale und ethische Vorstellen, an das Ich angeschlossen. Bei der Veranlagung zum Stotterzustand handelt es sich um einen chronischen Konfliktszustand und damit sowohl um eine äußere wie um eine innere Disposition zu asozialer Entwicklung. Dazu kommt, daß der Stotterzustand die Aktivität des Menschen in einer außerordentlich unlusterregenden Weise konsumiert und so die Lebenslust in Lebensunlust, den Geselligkeitstrieb in den Trieb nach einem Allein-



sein und Anderssein verkehrt. Verf. gibt nun in Folgendem gewissermaßen Typen von Stotterern, bei denen der Hang zur Asozialität usw. deutlich hervortritt. Er schildert den „asozialen Sonderling", das „räudige Schaf in der Familie", den „Phantasten", den „Weltenbummler", den „Negativisten" und endlich „Asoziale und Antisoziale" im besonderen. Zum Schluß stellt er fest: An sich stellt der Stotternzustand einen höheren Grad eines psychopathischen Degenerationszustandes nicht dar; denn der Stotternzustand kommt auch bei psychisch Gesunden vor, er entsteht aus besonderen Gelegenheitsursachen, er betrifft nicht die ganze Sprache des Menschen, er ist nicht immer vorhanden — also ist er ein selbständiger „Fremdkörper" in einer beliebigen Psyche. Freilich entwickelt er Züge, die von vielen psychopathischen Konstitutionen dann produziert werden, wenn ihr Versagen gegenüber der Normalsozialität und Normalethik eintritt. Der Erfolg einer Behandlung hänge von dem ganzen sozialen und ethischen Aktivitätszustand des Individuums ab.

Zahlreiche Arbeiten der neuesten Zeit laufen darauf hinaus, die psychogene Entstehung buntfarbigster und verschiedenartigster psychischer Krankheitsbilder zu beweisen, als deren gemeinsame Grundlage die degenerative Veranlagung aufgefaßt wird. Dabei wird man kaum jemals irgendwelche affektiven Erlebnisse vermissen, die den Beginn dieser „reaktiven" Erkrankungen gegensätzlich zu den „produktiven" Krankheiten markieren. Bei weiteren Nachforschungen zeigt sich aber, daß das, was als Ursache der Psychose angegeben wurde, bereits ein Symptom der Erkrankung war oder daß eine latente Psychose durch die Erregung eine Verschlimmerung erfuhr. Wir stoßen also zuletzt überall auf die Grundlage einer konstitutionellen Veranlagung; überall das Ausschlaggebende ist die Prädisposition. Nicht die exogene Veranlassung, sondern die endogene Veranlagung, die Reaktionsbereitschaft ist das Ausschlaggebende, sagt **Aschaffenburg** (23). Die Krankheit selbst ist die psychopathische Konstitution in Form der konstitutionellen Verstimmbarkeit, der konstitutionellen Verstimmung oder der manisch-depressiven Veranlagung. In den Vordergrund aber tritt die psychische Ursache, soweit es die Krankheitserscheinungen betrifft. Was nun speziell die Haftpsychosen betrifft, so geht augenblicklich die Auffassung ganz allgemein dahin, daß der Strafvollzug imstande ist, haftpsychotische Zustände auszulösen, die dem degenerativen Irresein zugerechnet werden. An der Hand von den drei Rüdinschen Forderungen Krankheitsprozessen gegenüber, die als selbständig durch die Haft verursacht anerkannt sein wollen, kommt Aschaffenburg zu einem Non liquet. Obgleich die Trennung der Degeneration von den hebephrenen Krankheitsbildern zweifellos eine Notwendigkeit sei, sei das Problem der haftpsychotischen Zustände und ihrer nosologischen Stellung erst noch zu lösen, denn unsere Kenntnisse seien jetzt noch viel zu unsicher. Nach welchen Kriterien lassen sich nun die psychogenen Zustände von der Dementia praecox trennen? In Frage kommen als solche Kriterien der Ursprung, die Symptome und der Ausgang. Verf. meint, die psychogene Entstehung der Haftpsychosen könne sicher nicht als ausschlaggebend betrachtet werden. Es könne sich um Steigerungen sich schleichend entwickelnder Hebephrenien handeln. Kranke mit haftpsychotischem Symptomenkomplex seien überdies häufig alte Stammgäste der Zuchthäuser usw. Das schließe stärkere Gemütsbewegungen nicht aus, müsse aber doch zur Vorsicht mahnen. Das Symptomenbild der Haftpsychose und der Dementia praecox helfe uns auch nicht weiter. Bei beiden seien Wunschkomplexe oft beteiligt (Bleuler) ebenso Befürchtungskomplexe. Die engumgrenzte Welt des Häftlings werde jeder Psychose, die im Verlauf der Haft zutage

tritt, den Inhalt und die eigentümliche Färbung geben, ohne daß daraus die Gleichartigkeit der psychotischen Prozesse gefolgert werden dürfte. Bei dem weiteren Verlauf müsse man beachten „das Zurücktreten der Symptome und den endgültigen Ausgang“. Auch bei der Dementia praecox gab es „Versetzungsbesserungen“ (Bleuler), und als Ausgang die „affektive Stumpfheit“ und „die Verschrobenheit des Wesens“ wie bei Hebephrenen finde man bei vielen Haftpsychotikern“. Dementia-praecox-Kranke sind aber weder zurechnungsfähig noch haftfähig. Daher sei die Differentialdiagnose von größter praktischer Wichtigkeit. Auch müsse man gegen die weite Ausdehnung der Einzelhaft Einspruch erheben, wenn diese imstande sei, Psychosen zu erwecken. Alles in allem sind „die Haftpsychosen also weit öfter Exazerbationen oder die ersten deutlichen Symptome der Dementia praecox als psychogene Entartungszustände. Die Haft gibt ihnen nur die eigenartige Färbung, die sie mit den sehr viel selteneren wirklich psychogenen Haftpsychosen gemeinsam haben“.

Aschaffenburg (24) zeigt, daß die Trennung gefährlicher Geisteskranker in „verbrecherische Geisteskranke“ und „geisteskranke Verbrecher“, die sich ausschließlich nach den rein äußerlichen Beziehungen zur Rechtspflege richtet, durchaus gekünstelt ist und zu Folgerungen führt, die um so bedenklicher sind, je weniger die Voraussetzungen, auf denen sie aufgebaut sind, zutreffen. Aschaffenburg will statt dessen als gemeingefährlichen Geisteskranken bezeichnet wissen ohne Rücksicht auf die Rechtslage jeden Kranken, der infolge oder während einer geistigen Störung die allgemeine Rechtssicherheit gefährdet und weiter zu gefährden droht.

Aschaffenburg (26) veröffentlicht die Ergebnisse einer im Auftrage der Holtzendorf-Stiftung gemachten Studienreise, die es ihm ermöglichte, die wichtigsten der für die Unterbringung gefährlicher Kranker bestimmten Anstalten anzusehen und sich von den Licht- und Schattenseiten selbst zu überzeugen. In dankenswerter Weise zieht er auch die gesetzgeberischen Grundlagen einschließlich der überall auftauchenden Projekte in den Rahmen seiner Ausführungen hinein und erläutert die Notwendigkeit von Sondermaßregeln durch wertvolles statistisches Material. Verf. kommt dabei zu folgenden interessanten Schlüssen: Mit der Gefährdung der öffentlichen Rechtssicherheit durch Geisteskranke wird man stets rechnen müssen. Wodurch kann man aber die Zahl der Unglücksfälle einschränken? Gegen wen muß sich der Kampf um die Rechtssicherheit richten? Antwort: Nicht gegen jeden geisteskranken Verbrecher, nicht gegen jeden verbrecherischen Geisteskranken, sondern nur gegen die gemeingefährlichen Geisteskranken. „Nicht das Verhältnis des Kranken zu Strafgesetz oder Strafvollzug, nicht die Schwere eines begangenen Angriffs auf die öffentliche Rechtssicherheit gibt den Maßstab für die zu treffenden Anordnungen, sondern ausschließlich seine geistige Erkrankung“ und die „persönliche Eigenart“ des Kranken. Je früher die Krankheit erkannt wird, desto rechtzeitiger der erfolgreiche Eintritt von Schutz- und Abwehrmaßregeln. Daher müßten Juristen, Gefängnisbeamte und Gefängnisärzte über leichtere Formen geistiger Abweichungen viel bessere Kenntnisse haben als sie heute besitzen. Von der Gefängnisverwaltung völlig unabhängige Irrenärzte müßten eine regelmäßige Kontrolle aller Strafgefängnisse ausüben. Für unklare Fälle müssen Beobachtungsabteilungen unter der Leitung unabhängiger Psychiater eingerichtet werden. Nur zum Zweck der Beobachtung ist der Zusammenhang einer Krankenabteilung mit dem Strafvollzug erträglich. Sobald die Entscheidung getroffen ist, müssen die Kranken aus diesen Abteilungen entfernt werden und gehören dann ganz unter die Obhut der Irrenärzte. Der Irrenanstaltsaufenthalt muß



entweder auf die Strafverbüßung angerechnet, oder die Kranken durch Begnadigung von der Reststrafe befreit werden. Die großen Kriminalanstalten haben sich nach Meinung des Verf. nicht bewährt, die Adnexe an Strafanstalten ebensowenig, weil sie nicht von den Strafanstalten unabhängig seien (schon räumlich nicht). Am meisten empfehle sich die Verteilung aller gefährlichen und schwierigen Kranken auf alle zur Verfügung stehenden Anstalten eventuell unter Schaffung besonders gesicherter Häuser für alle Patienten mit ernsthaft bedenklichen Neigungen, solange diese Neigungen bestehen. Wo sich trotz bestehenden Bedürfnisses bei einer zu geringen Zahl gefährlicher Kranker die Erbauung gesicherter Häuser an allen Anstalten nicht lohne, könne eine derartige Abteilung von mehreren Anstalten gemeinsam benutzt werden. Am meisten empfehle sich dann ihre Errichtung in der Nähe von Universitäten, um das wertvolle Studienmaterial zur Ausbildung der Juristen und Mediziner ausnützen zu können. „Bei den Kranken, die wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt worden sind oder aus dem Strafvollzug in die Irrenanstalt verbracht werden, muß die Notwendigkeit der Einweisung und ebenso der Zeitpunkt der stets nur versuchsweise zu erlaubenden Entlassung von einem besonderen gerichtlichen Verfahren abhängig gemacht werden. In dringenden Fällen verfügt der Strafrichter die vorläufige Internierung; die endgültige Entscheidung geschieht durch das Feststellungsverfahren. Dies Verfahren wird zweckmäßigerweise auch auf solche Kranke ausgedehnt, die sich innerhalb der Irrenanstalten als besonders gefährlich erweisen."

Roffhack (652) teilt den Unterbringungsparagraph (47) für gefährliche Kranke der bremischen Medizinalordnung mit und bespricht im Anschluß daran die aktuelle Frage: „Welche Rechtsgarantien sind gegeben, damit der Staat diese ihm im öffentlichen Interesse gegebene weitgehende und nicht näher begrenzte Machtbefugnis gegenüber Kranken (ansteckungsfähigen und gefährlichen Geisteskranken) nicht mißbraucht und die verfassungsmäßig auch den Kranken gewährleistete Freiheit in den angegebenen Fällen nicht weiter beschränkt wird, als es unbedingt erforderlich ist?" Da Geisteskranke dem Strafrichter oder der Strafvollstreckung entzogen sind, so muß es der Verwaltungsbehörde obliegen, sie unschädlich zu machen. Auch das künftige Strafgesetzbuch werde daran nicht viel ändern. (?) Verf. streift noch die Frage der Gemeingefährlichkeit der Querulanten und teilt Fälle mit. Im ganzen meint er: „Lieber etwas weniger Heilung wider Willen und dafür etwas mehr persönliche Freiheit."

Weber (824) gibt eine gute Zusammenstellung der Entstehung und Ausarbeitung der Begriffe: „Geisteskranke Verbrecher" und „gemeingefährliche Geisteskranke". Mit Recht meint er, diese Begriffe seien oft schwer zu trennen. Für den Begriff der Gemeingefährlichkeit kämen für den Arzt und die Polizei verschiedene Gesichtspunkte in Frage. Nur etwa $^1/_{10}$ bis $^1/_4$ obiger Kranker bereiteten in den Irrenanstalten wirklich Beschwerden. Oft seien die „Geistig Minderwertigen viel gefährlicher; auch bei ihnen sei eine krankhafte Grundlage nachweisbar, doch konnten sie nicht gegen ihren Willen in eine Irrenanstalt interniert werden. Geistig erkrankte Kriminelle gehörten in Gefängnisbeobachtungsstationen oder Adnexe an Straf- und Irrenanstalten. Gegen Kastration spräche unser ganzes rechtliches und ethisches Denken.

Meyer von Schauensee (526) führt interessante Zitate von allerhand Rechtslehren an, die beweisen sollen, daß der von Stooß in den schweizerischen Vorentwurf hineingebrachte Gedanke der Sicherung („Strafen und sichernde Maßnahmen"), auch noch so emphatisch betont, mit dem Strafrecht doch nur in losem Zusammenhang stehe, und wie z. B. bei Birkmeyer leicht zu



schneller Ernüchterung führe. Seine Einführung ins Strafrecht durch Stooß dürfte daher von höchst zweifelhaftem Werte sein. Betreffs der Zurechnungsfähigkeitsfrage hätten die Psychiater an der Wiege des schweizerischen Entwurfes gestanden. In der Formulierung des Zurechnungsfähigkeitsparagraphen habe man dann versucht, eine Versöhnung zwischen Determinismus und Indeterminismus herbeizuführen. Es sei aber absolut nicht Sache der Mediziner den für derartige Bestimmungen zu postulierenden „Normalcharakter" festzustellen. In der Behandlung statt der Bestrafung der sogenannten „geistig Minderwertigen", eines schwer zu begrenzenden Begriffs, gingen die modernen Bestrebungen viel zu weit. Auch Rückfälligkeit und Unverbesserlichkeit decke sich bei weitem nicht immer. Mit der Rückfallsstrafe könne man bei allen wirklichen Verbrechen ausreichen, ohne daß man den ganz modernen Begriff der „Sicherung" im Sinne von Stooß neben die Strafe als selbständigen Begriff in das Strafrecht einzuführen brauche. Er, Verf., halte es mit dem großen Anselm von Feuerbach, der über die außerstrafrechtlichen Maßnahmen sage: „Wenn Polizeibeamte richten, warum sind sie nicht Richter? Wenn sie nicht Richter sind, mit welchem Recht richten sie?

Hessert (308) gibt folgende Anregungen: 1. Im zukünftigen Strafgesetz ist für die wegen Geisteskrankheit außer Verfolgung gesetzten oder Freigesprochenen, sowie für die milder gestraften geistig Minderwertigen neben und nach Anstaltsverwahrung die Anordnung einer ärztlichen Aufsicht für zulässig zu erklären. 2. Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder -schwäche ist auch dann auszusprechen, wenn der Kranke die Rechtssicherheit anderer gefährdet. 3. Die Beaufsichtigung aller Geisteskranken, die sich außerhalb der Staatsanstalten befinden, ist besonderen ärztlichen Behörden zu übertragen.

Hentig (299) bespricht sehr beifällig die englischen Maßnahmen zur Verwahrung geistig Minderwertiger (eine Mental Defect Bill von der Charity Organisation Society, eine Feeble-Minded (Controll) Bill von der National Association for the After-Care of the Feeble-Minded und der Eugenics Education Society und ein Mental Deficiency Bill von der Regierung). „Hier finden wir uns mitten in den Anfängen gesetzlich geregelter Rassenhygiene". „Auf die englischen Entwürfe wird zurückgegriffen werden müssen, wenn man daran geht, das Reichsgesetz fertig zu stellen, das die Sicherungsprozeßordnung zum Gegenstand hat." „Die einzig mögliche Maßregel aber ist eine Verwahrung der Minderwertigen ohne Übermaß von Strenge, doch auch ohne die Weichlichkeit, die den Zweck seiner Festhaltung und Erziehung, der Schienung seiner antisozialen Anlagen, schließlich vielleicht auch seiner Heilung widerspräche." Das Strafrecht habe nicht irgendwelchen wissenschaftlichen Begriffsgötzen zu dienen, sondern dem Schutze der Gesellschaft gegen ihre Feinde von heute und morgen.

Keller (375, 376) schildert in seinen beiden Aufsätzen die Einrichtung einer Art Kriminalasyls für geistesschwache Landstreicher, Bettler usw. auf einer Insel von geeigneter Lage, Größe und Beschaffenheit, die man in Dänemark in der Insel „Livo" im Limfjord zu finden geglaubt hat. Seit einigen Monaten besteht dort als einzige Ortschaft die Dansk Aoudsvage-Forsorg mit zwei Pavillons, jeder zu 20 Plätzen, den Beamten- und den Wirtschaftshäusern. Die Kolonie ist aber sehr vergrößerungsfähig. Für vorübergehend Erregte besteht auch ein kleineres festes Haus. Sonst steht den Kolonisten die ganze Insel offen, sogar mit der Möglichkeit einer begrenzten — Landstreicherei, — allerdings ohne sich längere Zeit hindurch fern von der Kolonie Nahrung verschaffen zu können. Das Experiment ist



äußerst interessant, und es wird mit Spannung zu erwarten sein, wie sich die Kolonie entwickelt.

Heindl (294) hat die französische Verbrecherinsel Neukaledonien besucht. Was er davon in äußerst anschaulicher Weise zu berichten weiß, ist wahrlich nicht dazu angetan, die Begeisterung für eine Verbrecherdeportation zu vermehren. Nach Heindls Beobachtungen muß eine solche Verbrecherkolonie eine wahre Hölle sein. Alle Laster grassieren dort in potenziertem Maße. Diebstähle, ja Morde sind dort an der Tagesordnung. Die primitiven Hütten der auf „Kulturarbeit" befindlichen Sträflingskolonnen bieten nicht die geringste Sicherheit gegen Fluchtgefahr; das ist ein unvermeidlicher Nachteil der Sträflingskulturarbeiten. Entweder man verzichtet auf Disziplin und auf die Sicherheit von Gut und Leben der freien Kolonisten, oder man verzichtet auf die Verwendung von Sträflingskolonnen zu Wegebauten und allen sonstigen Kolonisationsarbeiten. Die administration pénitenciaire hat das letztere getan und sperrt jetzt fast alle „Kulturpioniere" auf der Ile Nou ein. Die Erfahrungen, die sie mit der Sträflingsarbeit im Freien, im Urwald, in den Minen gemacht hat, waren zu traurig. Die unvermeidliche moralische Ansteckung einer Gesellschaft von Strafgefangenen wirkt eben in den Strafkolonien besonders depravierend. Die Aufseher werden öfter „wie die Hunde von den Sträflingskanaillen abgestochen". Sie sind die Opfer jener Verordnung, die die Verbrecher in die Wälder schickt, statt sie wohlbehütet hinter Gefängnismauern arbeiten zu lassen. Aber auch das Leben der Sträflinge selbst ist in den Camps gefährdeter als im Gefängnis. Die Stärkeren unter den Sträflingen üben eine tyrannische Disziplin über ihre schwächeren Mitgefangenen aus. Immer wieder beginnen blutige Kämpfe um die Macht und — den Geliebten. Und die Roheren, Stärkeren sind dann die Meister. Die Homosexualität ist ja das Bagnolaster par excellence. Mit Gewalt und List wird ein neuangekommener, etwas frischer aussehender Sträfling, ob er will oder nicht, vergewaltigt und der Lüsternheit Anormaler rettungslos preisgegeben. Manche werden dann zur „Königin" des Bagnos, sie nutzen ihre Stellung aus, werden geputzt und verhätschelt. Die unsinnigsten Leidenschaftsverbrechen geschehen um ihren Besitz und dabei übertrifft die Aufopferungsfähigkeit dieser Personen alles, was man sich vorstellen kann. Ein zweites Laster ist das Spiel, auch hier ist häufig das Messer der letzte Trumpf. — Eine wirkliche Regeneration von Verbrechern gehört auch in Neukaledonien zu den größten Ausnahmen. „20000 Sendlinge hat man ausgeschickt, das „Jungfrankreich" zu gründen —, 204 blieben übrig, die durch die Tat bewiesen, daß sie kolonisieren können; der beau reste war 1%!" Und die Kosten dafür sind immens; „die Deportation ist der Ruin des Landes". Interessant ist das Kapitel: Das Liebesleben im Bourail. Aus dem Weiberdepot mit seinen häßlichen und entsetzlich gewöhnlichen Mörderinnen, Engelmacherinnen, Kupplerinnen, Prostituierten usw. darf sich ein gut angeschriebener Sträfling ein Ehegespons, eine „zukünftige Mutter seiner Kinder" aussuchen, bekommt er doch dann 250 Fr. Heiratsprämie und auf eine Reihe von Monaten freie Ration. So ist ein Weib die einträglichste Konzession, noch dazu, wenn der Gatte die Frau gegen Entgelt zur Liebe weiter verborgt. So blüht dann das Geschäft der Prostituierten. Für die Sträflingskinder bestehen zwei pompöse Erziehungsanstalten. Da kein neukaledonischer Familienvater gegen seinen Willen die Kinder zur Schule gehen zu lassen braucht, genießen kaum 10% der Kinder den Unterricht. Auch unter diesen Kindern blüht im Internat Päderastie und Tierschändung, Durchbrennerei ist an der Tagesordnung. Auch die kleinen Mädchen haben einen unbezähmbaren Hang zu nächtlichen Abenteuern.

Deshalb sind die Schlafräume mit einer wehrhaften Mauer umgeben und fünf Riesenhunde halten nachts Wache.

Verf. rechnet aus: Durchschnittlich besucht jeder Zögling die Anstalt (Schule) zehn Jahre lang. Macht 30 000 Fr. Wenn nun der neukaledonische Storch einem Sträflingsehepaare vier Buben in die Wiege legt, so belastet er damit das Budget der Kolonie und das Ausgabekonto der französischen Steuerzahler mit 120 000 Fr. Ob wohl die Väter, wenn sie als ehrliche Handwerker oder Bauern in Frankreich geblieben wären, für die Erziehung ihrer Sprößlinge die gleiche Summe hätten ausgeben können?!

Heindl (293) schrieb ein außerordentlich anschauliches Buch über seine Erfahrungen und Erlebnisse in den Strafkolonien in Neukaledonien, in Australien, Afrika, Ostasien und den Andamanen. Eine Probe seiner Beobachtungsgabe und scharfen Kritik gab der oben referierte Aufsatz. Auch den übrigen Kolonien gegenüber kommt Heindl zu einer Ablehnung der Deportation. Keine der bisherigen Deportationsmethoden kann Verf. als irgendwie aussichtsvoll ansehen oder gar für einem Strafvollzug im Mutterland überlegen.

Marx (499) will Rechenschaft geben über das, was er in amerikanischen Strafvollziehungsanstalten gesehen hat, und was ihm dort als zweckmäßig oder nicht zweckmäßig oder schlecht erschienen ist. Der besondere Vorzug des Strafrechts in den Vereinigten Staaten besteht nach Marx in der unbestimmten Verurteilung und der Stellung unter Aufsicht. Die Entlassenen finden infolge der u. a. durch den sogenannten jährlichen Prison-Sunday aufgeklärten Bevölkerung leichter geneigte Arbeitgeber als in Europa. In New York fiel dem Verf. die große Zahl der in Untersuchungshaft befindlichen Mörder auf (in elf Monaten waren ca. 130 Mörder eingeliefert worden). Die Sachverständigentätigkeit, insbesondere in forensisch-psychiatrischen Dingen, soll recht im argen liegen. Ein Gefängnisarzt gab ihm die Zahl der geistig Minderwertigen unter den Gefangenen zu 46% an, der körperlich Defekten zu 80%. In Elmira waren 1910 von den 1035 neu eingelieferten Gefangenen 14,8% Tuberkulöse, 13,7% sonstige Kranke und 38,8% geistig Minderwertige. In seiner Schlußkritik kommt Marx zu folgenden Sätzen: Das deutsche Strafgesetz kranke dem amerikanischen gegenüber an seiner geringen Individualisierungsmöglichkeit sowohl bezüglich des Strafmaßes wie auch des Strafvollzugs. „Erst wenn wir uns entschließen, den Täter nach seiner Besonderheit auch im Strafvollzuge zu behandeln, werden wir bessere Erfolge erzielen, und bei derartigen Prinzipien würden wir dann auch dazu übergehen können, den Grundsatz der Isolierung mehr und mehr aufzugeben und den Gefangenen in größeren Gemeinschaftsverbänden zu erziehen.“ In Amerika seien die Mindeststrafen sehr viel höher als bei unseren gegenwärtig so gehäuften kurzen Freiheitsstrafen, die weder einen Sühne- noch einen Besserungseffekt haben könnten. Verf. lobt die gymnastischen Übungen der amerikanischen Häftlinge als gute Schulung der Disziplin. Die Probation sei für den erstmaligen Rechtsbruch durchaus angebracht. Reformatorys eigneten sich für Verbrecher von 18 bis 30 Jahren. Geistig Minderwertige müßten in Sonderanstalten eliminiert werden. Der Verbrecher sei ein unvollendeter, ein infantiler Mensch. Die Verbrechensbekämpfung werde erst erfolgreich sein, wenn man sich zur Lehre von dem Verbrecher aus Unreife bekannt habe. Göthes „pädagogische Provinz“ habe die Amerikaner inspiriert; auch Deutschland sei verpflichtet, das Erbe eines unserer Größten anzutreten.

Stammer (756) schildert Eindrücke und Erfahrungen, die bei Gelegenheit des VIII. internationalen Gefängniskongresses Oktober 1910 in Nord-



amerika gemacht wurden, und ist voller Anerkennung der großen Grundzüge der gesamten amerikanischen Strafpolitik, die vorbildlich auch auf die (in seinem Aufsatz mitgeteilten) Beschlüsse des internationalen Kongresses gewirkt hätten. Besonders lobt er die Behandlung der Jugendlichen, bespricht den Jugendschutz, die Bewahranstalten nicht nur für verbrecherische, nein schon für nur verwahrloste Kinder, die Jugendgerichte mit ihren mehr pädagogischen Richtlinien, die Fürsorgeerziehungsanstalten, die Probation und die Rückfallsbekämpfung vor allem durch die Reformatories mit ihrer Gemeinschaftshaft und -Arbeit, ihren körperlichen Exerzitien nach Musik, der unbestimmten Verurteilung, dem Gradsystem und der Klassifizierung, der bedingten Entlassung (Parole), der Arbeitsversorgung, der „Gutzeit" (Strafverkürzung durch gute Führung) und endlich der Unschädlichmachung durch Überlieferung Nichtbesserungsfähiger in Penitentiaries, State Prisons und Work Houses. Verf. erwähnt ferner die Gesetze bezüglich der Kastration, die „Nachtgerichte" und den „Prison Sunday" (ein allgemeiner Gebet- und Gedenktag für die Gefangenen), und sieht die Grundlage des Gedeihens all dieser vorbildlichen Einrichtungen in den „Gefängnisgesellschaften", die aus den dem Amerikaner so eigenen philanthropischen Bestrebungen erwachsen, also in enger Anlehnung zur freien Liebestätigkeit stehen, während die offizielle amerikanische Polizei hinwiederum voller Mängel erscheint und von der der europäischen Staaten weit übertroffen wird.

Zu den am meisten gefährdeten Kindern gehören in der großen Mehrzahl die unehelichen. Als ein Mittel der Fürsorge für diese entwickelt sich mehr und mehr die Einrichtung der Berufsvormundschaft. **Breyer** (82) schildert das Wesen der Berufsvormundschaft und den Begriff der unehelichen Mündel. Er bespricht die Berufsvormundschaft in den Städten und wünscht ihre Einführung auch in den kleineren Mittelstädten, ja auch auf dem platten Lande. Gerade auf dem Lande in der Nähe großer Städte bildet sich öfter ein förmlicher Gewerbebetrieb der Aufzucht unehelicher Kinder durch Haltefrauen. „Will man diesen Kindern den notwendigen Schutz zuführen, so ist — mag man auch die Polizeivorschriften über das Haltekind noch so sehr vervollkommnen — die erste und notwendigste Vorbedingung die Einführung der Berufsvormundschaft." Verf. berichtet darüber, was in dieser Beziehung schon geschehen ist, und zieht aus den bisherigen praktischen Erfahrungen gute Schlußfolgerungen für künftige Einrichtungen.

„Unsere Schwachsinnigenfürsorge richtet sich hauptsächlich auf die schulische Ausbildung der Schwachbegabten, und unser Hauptbemühen ist, sie erwerbsfähig zu machen und sie in geeigneten Berufen unterzubringen", sagt **Egenberger** (168). Dazu genügten aber die Hilfsschulen nicht allein. Bei ausgeprägt Schwachsinnigen bleibe als befriedigendes Mittel nur die Konzentrierung in geeigneten Anstaltsbetrieben. „Die Ausbildung erfolgt am besten in einer Arbeitslehrkolonie, und nach beendigter Lehrzeit findet der Minderwertige freundliche Unterkunft in der eng an die Lehrkolonie sich anschließenden Arbeitskolonie. Die Errichtung solcher Kolonien sei Aufgabe des Staates und der Großstädte. Auch wohltätige Stifter würden sich wohl finden. Außerdem hätten Eltern, Fürsorgevereine, Gemeinden usw. Lehrgeld für jeden Lehrling zu zahlen.

Verf. gibt dann ein beherzigenswertes Programm im einzelnen. Die Lehr- und Arbeitskolonie soll solche Schwachbefähigten und Minderwertigen aufnehmen, deren Schwächen und Gebrechen derart sind, daß sie im Erwerbsleben zeitlebens mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen haben. Die Aufnahme habe sich namentlich auf solche zu erstrecken, bei denen die Gefahr einer Verheiratung und Fortpflanzung nicht ausgeschlossen ist.



„Verbrecher und geistig Abnorme sind häufig die gleichen Menschen", sagt **Maier** (475), „bei denen nur je nach Zufall oder aus praktischen Gründen die Betrachtung von der einen oder anderen Seite vorwiegt". Juristen und Polizei müssen deshalb mit den Tatsachen der Psychiatrie bekannt gemacht werden. Wenn wir wünschen, daß das Strafrecht je länger je mehr sozialhygienisch und vorbeugend wirke, müsse man mit der Ausbildung seiner ausführenden Organe beizeiten beginnen. Maier stellt daher ein eingehenderes Programm für psychiatrische Kurse für Polizeibeamte (6 Doppelstunden mit Vorstellung von Kranken und sogenannten normalen Verbrechern) zusammen, dem man nur Verwirklichung wünschen kann.

Zürcher (862) stellt ein Programm auf für den allgemein zu erstrebenden Unterricht in Technik und Taktik der Untersuchung, kurz für ein kriminalistisches Seminar an der rechtswissenschaftlichen Fakultät, in dem auch der Gerichtsarzt und der Psychiater als Lehrer zuzuziehen seien.

Mercklin (522) rügt mit Recht die gänzlich verzerrten, rohen, unwahren Darstellungen psychiatrischen Szenen auf der Filmbühne. Die Beispiele, die er von ihnen bringt, sind skandalös. (Eintreibung von Kranken mit Peitschenhieben usw.). Er schließt: „Zur Beseitigung des hier erwähnten Unfugs genügt eine scharfe Handhabung der Präventivzensur durch die Polizeibehörde. Wir müssen diese dafür gewinnen, daß die Films mit Darstellungen aus dem psychiatrischen Gebiet besonders beachtet und sorgfältig zensiert werden." Dafür könne die psychiatrische Standesvertretung sorgen.

Barr (38) berichtet über die Ausbreitung des Gedankens der Asexualisation Minderwertiger in den Vereinigten Staaten. Er ist ein Anhänger derselben, wenn der Entschluß zu einer solchen Operation ausgeführt werde in geeigneten Fällen nach genügender Beobachtung und unter Zusammenarbeiten von autoritativen Psychiatern und Chirurgen. Das Staatswohl ginge dem Wohle des einzelnen vor.

Juliusburger (356) berichtet den Inhalt der Arbeiten Maiers und Oberholzers über die Kastration von Verbrechern und Geisteskranken in Nordamerika und der Schweiz und meint, es werde hoffentlich die Zeit unmittelbar bevorstehen, wo auch bei uns die Kastration und Sterilisation von Verbrechern und Geisteskranken eingeführt werde und zwar gesetzlich; denn durchgreifender Erfolg sei nur zu erwarten, wenn die ganze Materie staatlich geregelt und festgesetzt werde.

Clarke (105) betrachtet den Vorschlag der Sterilisation vom eugenischen Standpunkte aus an der Hand der Erblichkeitsstatistiken des Long-Grove-Asyls. Er beklagt mit Recht die geringe Tiefe der Erblichkeitsstatistiken, die die Familiengeschichten nicht genügend erfaßten. Es stände gar nicht fest, daß irgendein praktikables Schema der Sterilisation die Zunahme von Geisteskrankheit verhindern könnte. Ferner gebe es doch vom eugenischen Standpunkte aus eine große Klasse geistig Degenerierter, die nicht geisteskrank wären. Es bestände daher die Meinung, daß in einzelnen Fällen von Geisteskrankheiten Sterilisation zu empfehlen sei ganz ohne Rücksichtnahme auf den eugenischen Standpunkt.

An der Hand von Statistiken kommt **Daniel** (131) zu dem Schlusse, daß der Prevention durch die Segregation besser Genüge geleistet werde als durch Sterilisation, außer wenn das Individuum die Freiheit mit Verstümmelung der Einsperrung verzöge. Bei Frauen brauche sich die Segregation ja überhaupt nur bis zum Eintritt des Klimakteriums zu erstrecken.

Auf Grund einer sehr großen Anzahl von eigenen und fremden Beobachtungen kommt **Pfeiffer** (605) zu dem Ergebnis, daß drei Viertel des



Selbstmördermateriales schwer kranke Menschen betraf, und daß auch unter dem Rest sehr viel kranke Menschen und nur sehr wenige ohne nachweisbare pathologisch-anatomische Veränderungen gewesen seien. Von 141 weiblichen Selbstmördern waren nur 12 ohne krankhaften Befund; 23 davon waren schwanger und dürften wohl eigentlich nur einen Abort haben herbeiführen wollen. Sehr viele Selbstmörderinnen befanden sich auch zu ihren sonstigen Erkrankungen noch gerade in der Zeit der Menstruation.

Wassermeyer (821) hat 169 Fälle, 90 männliche und 79 weibliche, von Selbstmördern, die ihren Zweck nicht erreichten und im Laufe der Zeit der Kieler psychiatrischen und Nervenklinik zugeführt worden waren, näher auf ihren Geisteszustand hin untersucht. Er fand davon 70% der Männer nicht im wahren Sinne des Wortes geisteskrank, wohl aber 72% der Frauen. Verf. skizziert die einzelnen Fälle. Bei den „nicht geisteskranken" Männern fällt die hohe Zahl der Alkoholisten auf. In zwei Drittel der Fälle spielte irgendeine Alkoholeinwirkung ihre verderbliche Rolle. Bei den „nicht geisteskranken" Frauen stellten die hysterischen die Mehrzahl. Vorübergehende Verstimmungen gaben meist den Anlaß zum Selbstmordversuch. Es bestand fast ausnahmslos ein krasser Gegensatz zwischen den Motiven und der Schwere der verübten Tat. So entsteht der Eindruck, als seien alle Selbstmörder geistig nicht ganz gesund und meist unzurechnungsfähig. Durch Vergleiche mit außeranstaltlichen Selbstmordstatistiken zeigt aber Verfasser, daß das klinische Material doch ein verschiedenes sei von dem, das aus Leuten bestehe, denen der Plan des Selbstmordes sofort völlig gelinge. Darunter seien sicher zielbewußte, geistig klare Menschen, für die in bestimmten Lagen der Selbstmord das einzig standesgemäße Mittel sei, oder das einzige Mittel, der Schande, entehrender Strafe usw. zu entgehen.

An einer ganzen Reihe von militärischen Selbstmördern konnte **Miloslavich** (534) bestimmte Konstitutionsanomalien feststellen. Er kommt zu folgendem Schlusse: „In jüngster Zeit hat besonders Bonhoeffer in einer Monographie auf Grund einwandfreier Fälle auf die „im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen" auftretenden vorübergehenden Geistesstörungen hingewiesen. Es erscheint mir von besonderer Wichtigkeit, zu betonen, daß das Zusammentreffen von solchen auf Grundlage von akuten Infektionen, von inneren Erkrankungen oder physiologischen Vorgängen (Status digestionis, Menstruation, Puerperium usw.) auftretenden passageren geistigen Störungen mit einem Status thymico-lymphaticus wahrscheinlich das Wesen der inneren organischen Selbstmorddisposition bildet, denn über die auffallende Häufigkeit dieser Konstitutionsanomalie bei Selbstmördern kann man sich füglich nicht mehr hinwegsetzen."

Der 24jährige, ziemlich hochgradig schwachsinnige R. T. schwängerte seine 4 Jahr jüngere idiotische Schwester. Die deshalb eingeleitete Strafuntersuchung wurde sistiert. Alsbald wurde es ruchbar, daß nun auch die zweitälteste 17jährige Schwester von R. T. schwanger gehe. Diesmal schien die sehr erotische Schwester L. den Bruder verführt zu haben. Auch sie zeigte einen gewissen Grad von angeborenem Schwachsinn und bekam nur 4 Monate Gefängnis. Es sind noch drei Schwestern da; somit ist einer neuen Wiederholung des Verbrechens Tür und Tor geöffnet. Im Gutachten des Herrn Direktors Dr. Bertschinger heißt es hierüber, wie **Oberholzer** (582) mitteilt: „Über den Rahmen der mir gestellten Fragen hinaus erlaube ich mir zu dem Falle L. T. noch folgendes zu bemerken: Die geistige Verfassung der Mutter und der Geschwister und der Charakter des Vaters scheinen mir keine Gewähr dafür zu bieten, daß in Zukunft kein inzestuöser Verkehr in der Familie mehr stattfindet. Um der Wiederholung



solcher Vorkommnisse vorzubeugen, wären zwei Möglichkeiten denkbar: dauernde Versorgung der geistig minderwertigen Familienglieder in geschlossene Anstalten oder Sterilisierung (ev. durch Kastration) der zu blutschänderischem Verkehr neigenden Geschwister." Dauernde Internierung wäre zu hart im Verhältnis zur subjektiven Schwere der Vergehen. Sterilisierung würde ihnen Freiheit, Arbeitsfähigkeit und damit die Möglichkeit, sich selbst den Lebensunterhalt zu verdienen, völlig belassen. Trotzdem machte die Durchführung der Sterilisierung hier Schwierigkeiten. Man scheute die Ungesetzlichkeit des Eingriffs. Zum mindesten brauchte man die Einwilligung des R. T.; sie war aber von dem schwankenden Manne nicht zu erhalten. Da die Internierung des R. von keiner Behörde verfügt war, war es auch nicht möglich, „mit der Alternative: dauernde Internierung oder Sterilisierung auf ihn und den Vater einen gewissen Zwang auszuüben". — „Soziale Gründe allgemeiner Natur, rassenhygienische und kriminalprophylaktische im speziellen erfordern aber die Möglichkeit, in solchen Fällen die Sterilisierung in Anwendung bringen zu können, und zwar eventuell auch ohne die Zustimmung der Betreffenden und einsichtsloser Angehörigen."

Oberholzer (583) beschreibt drei Fälle von Folgeerscheinungen der Kastration in vorgeschritteneren Alter. Fall I: Kastration mit 31 Jahren — Detumeszenz- und Kontraktationstrieb nach 8 Monaten noch vorhanden, — im 8. bis 12. Monat Abnahme und allmähliches Erlöschen des Detumeszenztriebes, — Kontraktationstrieb bis heute, aber mit erheblicher Einbuße, — keine anderen Folgen. Fall II: Kastration mit 32 Jahren — Detumeszenz- und Kontraktationstrieb (homosexuelle Neigungen) nach 5 Monaten erloschen, — keine anderen Folgen. Fall III: Kastration mit 34 Jahren — Detumeszenztrieb nach 6 Monaten erloschen, — Kontraktationstrieb noch 8 Jahre später erhalten, — Folgeerscheinungen körperlicher Natur (Effeminatio). Es scheint also das Schicksal des Kontraktationstriebes bei späterer Kastration individuell verschieden zu sein, wohl infolge von vornherein verschiedenen Sexualkonstitutionen. In Fall I ist fast 4 Jahre nach der Kastration die Sexualerregung keiner erheblichen Einbuße unterworfen. Sofern ist, im Unterschied zu Fall II, die Sexualerregung in weitem Maße von der Produktion der Geschlechtsstoffe unabhängig. Sogar Erektionen und Pollutionen fanden statt, bedingt durch periodische Anhäufung des Prostatasekretes. Fall II zeigte Angstzustände (innere Libido?), Fall III wie gesagt Effemination sogar mit 6 wöchentlichen periodischen Blutungen aus der Urethra, ein Fall, der wohl einzig dasteht.

Wilhelm (838) bespricht die neueste Literatur über die Kastration aus sozialen usw. Gründen. Er selbst hält die praktische Verwirklichung des Problems der Unfruchtbarmachung gewisser Klassen von Kranken oder Verbrechern für erwünscht. Dazu sei aber eine genaue gesetzliche Regelung dieser Materie erst noch zu schaffen. Das Vorgehen in der Schweiz z. B., von dem Oberholzer berichte, sei nach geltendem deutschen Recht mindestens sehr anfechtbar. „Solange ein ausdrückliches Gesetz nicht die Beseitigung der Zeugungsfähigkeit aus sozialpolitischen Gründen gestattet, ist sie nach heutigem deutschen Recht nicht als erlaubt anzusehen, und da nach der herrschenden Ansicht die Einwilligung des Verletzten in einen schweren körperlichen Eingriff ihn nicht zum zulässigen macht, so beseitigt diese Einwilligung nicht die Unzulässigkeit." Kastriert der Arzt trotzdem aus nicht rein medizinischen Gründen, so kann er in zivil- und strafrechtliche Konflikte kommen. Verf. macht dann eingehendere Vorschläge, wie



ein zukünftiges Gesetz in dieser Hinsicht aussehen müßte, und wie es praktisch durchzuführen wäre (Kommission). Allerdings zweifelt er selbst daran, daß in absehbarer Zeit in Deutschland die Kastration aus sozialer und sozialpolitischer Indikation Aussicht auf gesetzliche Einführung hätte. Wie gut wäre es aber doch, meint Wilhelm, wenn man im neuen Strafgesetzbuch vorläufig wenigstens bei der Körperverletzung — eventuell auch bei der Abtreibung —, einfach einen Absatz anfügen würde: „Die Körperverletzung (Abtreibung) ist nicht rechtswidrig, wenn sie nicht bloß zu Heilzwecken, sondern auch aus sozialen und sozialpolitischen Gründen seitens eines Arztes in den Fällen und in dem Verfahren erfolgt, welche der Bundesrat näher zu bestimmen hat."

Flade (193) berichtet über die wichtigeren Abhandlungen und Mitteilungen der „Alkoholfrage", der „Mäßigkeitsblätter" und der Internationalen Monatsschrift zur Bekämpfung der Trinksitten, 1. und 2. Halbjahr 1910. Das Wichtigste daraus dürfte folgendes sein:

Die neue Reichsversicherungsordnung hat hinsichtlich geeigneter Versorgung der Trunksüchtigen eine Reihe von Bestimmungen aufgenommen, die namentlich von den alkoholgegnerischen Vereinen schon lange gewünscht und begründet worden waren. Vor allem wird die Trunkfälligkeit nicht mehr als Grund für die Verweigerung des Krankengeldes vorgesehen. Ferner wird die Heilbehandlung in Trinkerheilstätten gewährleistet durch die Bestimmungen der §§ 199, 615 und 1254, wonach die Verbringung in Anstaltsbehandlung veranlaßt werden kann, „wenn die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie nicht möglich ist", oder „wenn der Zustand oder das Verhalten der Kranken fortgesetzte Beobachtung erfordern". Auch können alkoholkranke Rentenempfänger in einem Invalidenheim untergebracht werden. Daß überall da, wo die Rente vertrunken wird, Sachleistungen eintreten können, ist besonders dankbar zu begrüßen.

Die zunehmende Erkenntnis vom Wesen der Trunksucht und dem krankhaften Zustande des Trunksüchtigen haben auch die Verfasser zu dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch veranlaßt, bedeutsame Bestimmungen zur Behandlung bzw. Verurteilung des kriminellen Alkoholikers vorzuschlagen. Unterschieden wird der zurechnungsfähige und der unzurechnungsfähige Alkoholiker. Es ist sehr wertvoll, daß man nicht nur strafen, sondern künftighin auch erziehen will (Verbot des Wirtshausbesuches bis zur Dauer von 1 Jahre). Neben einer mindestens zweiwöchigen Freiheitsstrafe kann das Gericht die Verbringung des Verurteilten in eine Trinkerheilstätte beschließen, und zwar seine Festhaltung dort bis zu seiner Heilung und bis zu 2 Jahren Dauer. Dementsprechend wird es sich nötig machen, einen Teil der bestehenden oder noch zu errichtenden Heilanstalten für Alkoholkranke unter staatliche Aufsicht zu stellen mit der Befugnis, die Trinker zurückzuhalten, solange der Heilzweck es erfordert. Der „bewußtlos" Betrunkene soll nicht mehr, wie jetzt, straffrei ausgehen, sondern im Falle selbstverschuldeter sinnloser Trunkenheit soll die Fahrlässigkeitsstrafe verhängt werden, wenn der Verbrecher eine Handlung begangen hat, die auch bei fahrlässiger Begehung strafbar ist. Bei Freisprechung auf Grund einer durch selbstverschuldete Trunkenheit herbeigeführten Bewußtlosigkeit kann die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt nach Maßgabe der Vorschriften des § 43 Platz greifen, d. h. es muß Trunksucht festgestellt und die Verbringung dem Richter erforderlich erschienen sein, um den außer Strafzwang Gesetzten wieder an ein gesetzmäßiges und geordnetes Leben zu gewöhnen. Strafmildernde Bestimmungen über die verminderte Zurechnungs-



fähigkeit sollen für die Zustände selbstverschuldeter Trunkenheit ausgeschlossen sein. Bestraft wird auch der — grobe Störung der öffentlichen Ordnung oder persönliche Gefahr für andere — herbeiführende Trinker und Ärgernis erregende Trunkenheit an öffentlichen Orten.

Die bedeutungsvollsten Verhandlungen des diesjährigen deutschen Abstinententages in Augsburg hatten die Einführung der sogenannten „Pollard-Methode" zum Gegenstand. Der amerikanische Richter Pollard hat mit bestem Erfolg die bedingte Strafaussetzung bei solchen strafbaren Handlungen eingeführt, die unter Alkoholeinwirkung von bisher unbestraften Personen begangen wurden. Die Methode ist auch in Großbritannien in Anwendung. Die Strafaussetzung wird unter der Bedingung zugebilligt, daß der Täter freiwillig sich verpflichtet, sich aller berauschenden Getränke für eine gegebene Zeit zu enthalten. Oft genug ist dadurch der Betreffende vor Rückfall bewahrt worden und ein ordentliches Glied der menschlichen Gesellschaft geblieben, und seine Angehörigen wurden vor Not und Sorge bewahrt. Pollard will in 95 % der Fälle Erfolg gehabt haben. Welche Aussicht eröffnet sich für uns bei einem zu erhoffenden nur teilweisen Erfolg in der Erwägung, daß in Deutschland rund 250 000 Straftaten im Rausch oder im Zustande der Trunkfälligkeit begangen werden! Die Vorbereitung zum neuen Strafgesetzbuch gibt Gelegenheit, diese bedeutsame Frage zu lösen. Es wurde als § 39a folgender „Pollard-Paragraph" in dem Strafgesetzentwurf vorgeschlagen:

> „Ist eine strafbare Handlung auf den Trunk zurückzuführen, so ist die Strafaussetzung an die Bedingung zu knüpfen, daß der Verurteilte sich dem Gericht gegenüber zur Enthaltung vom Genusse geistiger Getränke verpflichtet. Wird ein solches Versprechen gebrochen, so ordnet das Gericht die Vollstreckung der Strafe an. Wird Trunksucht festgestellt, so sind die Vorschriften des § 43 über Unterbringung in einer Heilstätte für Alkoholkranke noch nachträglich anwendbar."

Wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Leute im Gefängnis meist nur verbittert, ihr und der Familie Fortkommen und Zukunft durch die Haft oft genug in Frage gestellt werden, zum mindesten eine Besserung fast nie eintritt, so leuchten die Vorteile einer Gesetzesänderung im Pollardschen Sinne ein. Sie würde eine vorbeugende Maßnahme von höchster Bedeutung sein.

Der Vortrag des Militärarztes Dr. **Wirth** (848) über Gefahren und Bekämpfung des Alkoholismus bringt an sich nichts Neues. Interessant ist aber, daß diese Rede vor den Studierenden der Kaiser-Wilhelms-Akademie gehalten wurde, und daß sie Worte des Kaisers erwähnt, die sich in ganz entschiedener Weise gegen den Alkoholmißbrauch in der Armee und Marine wenden. Wirth sagt: „Seine Majestät verdenkt es keinem, der auf sein Wohl mit Wasser trinkt." Möchte doch dies hervorragende Beispiel von richtiger Einschätzung der Trinksitte noch mehr in Gesellschaft und Volk bekannt werden, als es heute der Fall zu sein scheint.

Obgleich **Engelhardt** (176) den Alkohol als das verderblichste Volksgift schildert, das wir besitzen und ihm strenge Maßnahmen gegen den Mißbrauch im Interesse einer normalen Rassen- und Volkshygiene als eine unabweisbare Notwendigkeit erscheinen, ist er doch dagegen, daß die Abstinenzbewegung die Hilfe staatlicher Zwangsmaßregeln in Anspruch nehmen soll. Der individuell empfindende Westeuropäer würde sich gegen Zwang instinktiv ablehnend verhalten. Die Abstinenzbewegung könne also nur den freiwilligen Verzicht des einzelnen auf einen Genuß, der ihm oder anderen verderblich werden könnte, propagieren.



In einer umfangreichen Arbeit (390 S.) hat ein Komitee von 5 bekannten schwedischen Ärzten im Auftrage der Gesellschaft schwedischer Ärzte zu Stockholm eine eingehende Besprechung der sozialen Alkoholfrage gegeben; der Bericht ist wesentlich von **Bratt** (79) verfaßt und schließt auch eine Reihe von kasuistischen Mitteilungen ein. Im Zentrum der Erörterungen steht eine Analyse des Begriffes „Alcoholismus chronicus", der in einer offiziellen Resolution der genannten Gesellschaft das Zeugnis originell und wertvoll zuerteilt worden ist. Die Analyse geht von der Auffassung aus, daß der Schwerpunkt der Alkoholfrage im Studium des Trinkers liegt, wobei auch, und zwar in erster Linie, die näheren ätiologischen Umstände genaue Berücksichtigung erheischen (wichtig für die Prophylaxe). Das Komitee findet, daß eine bemerkenswerte Inkongruenz besteht zwischen der Kraepelinschen Symptomatologie und derjenigen Definition des Alcoholismus chronicus, die Kraepelin anzunehmen geneigt scheint (eine allmähliche Umwandlung im psychischen Verhalten infolge einer Dauerwirkung des Alkohols). Erstere stützt sich unzweideutig und ausschließlich auf weit vorgeschrittene Fälle (wahrscheinlich „Krankenhaustrinker"), letztere ist das Ergebnis von Laboratorienversuchen („Laboratorientrinker"). Zwischen diesen beiden Kategorien lebt und bewegt sich aber die große Mehrzahl der Trinker, denen bis jetzt sehr wenig Aufmerksamkeit zuteil geworden ist, und mit denen die Ärzte selten Anlaß haben, sich zu beschäftigen. Jedoch kann nur ein allseitiges Studium sämtlicher Typen von Trinkern, und zwar besonders ein Studium, wenn sie sich in ihrer natürlichen Umgebung befinden, die richtige Methode sein, um den Trinker gründlich kennen zu lernen. Aus dem Sammelbild, das die gewöhnliche medizinische Schilderung darstellt, muß man versuchen, verschiedene Typen abzusondern, sie in ihrer Eigenart darzustellen, deren verschiedene Entwicklung und Lage zu beleuchten, um dadurch die verschiedene Art der sozialen Reaktivmaßnahmen zielbewußt individualisieren zu können. Die am meisten schwerwiegende Bemerkung gegenüber der Schilderung des Alcoholismus chronicus von Kraepelin und der übrigen medizinischen Autoren ist, daß sie dem wichtigsten und am meisten charakteristischen Symptom, die Neigung zum Alkohol, keine eingehendere Analyse widmen. Eine derartige Analyse zeigt aber folgendes: Die Neigung des vorgeschrittenen Trinkers nach Alkohol gründet sich auf gewisse Unlustgefühle, die bei ihm auftreten oder sich verstärken, wenn er nicht unter dem unmittelbaren Einfluß des Alkohols steht; um diese zu vermeiden, trinkt er. Diese Gefühle schwinden aber — wenn sie nicht Ausdruck einer konstitutionellen Abnormität sind — bei der Entziehung des Alkohols schon nach einigen Tagen oder höchstens Wochen; sie sind also Anzeichen der akuten oder subakuten Alkoholvergiftung des Gewohnheitstrinkers („physisch bedingte Neigung nach Alkohol"), und der betreffende abnorme Zustand kann, wenn er — was vom allgemein-menschlichen Gesichtspunkt aus vielleicht nicht ganz angemessen ist — überhaupt als Krankheit zu benennen wäre, jedenfalls nicht als Alcoholismus chronicus bezeichnet werden. Wenn nun, wie die allgemeine Erfahrung lehrt, die Leute nach einer derartigen Entziehung früher oder später wieder zu trinken aufangen, so geschieht dies, weil eine psychologisch bedingte Neigung nach Alkohol sie dazu führt; sie langweilen sich, fühlen eine geistige Leere, und es mangelt ihnen an wirksamen Gründen, sich des Alkohols zu enthalten. Diese psychologisch bedingte Neigung beruht entweder auf ursprünglichen Charaktereigentümlichkeiten, Gewohnheiten, Verkehr usw., oder aber auf psychischen Veränderungen, die von dem Einfluß des Alkohols auf den Organismus direkt hervorgerufen sind; im ersteren Falle gibt es überhaupt keinen Grund,



diese Leute als krank aufzufassen, im letzteren Falle handelt es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um einen erworbenen Defekt, also auch hier nicht um eine Krankheit, die ohne weitere Alkoholeinwirkung progrediieren kann. Alles in allem scheint es fraglich, ob das Beibehalten des Krankheitsbegriffes „Alcoholismus chronicus“ überhaupt angemessen ist. Anstatt dessen schlägt das Komitee vor, von einem chronischen Alkoholisten zu reden, wenn eine physische Neigung nach Alkohol vorhanden ist. Das Auseinanderhalten der beiden Arten der Neigung (physisch und psychologisch) ist nach der Meinung des Komitees von fundamentaler Bedeutung und öffnet weite Aussichten auf eine zielbewußtere Arbeit als bisher zur Bekämpfung der Trunksucht; wo nur eine psychologische Neigung nach Alkohol besteht, da wird es sich verhältnismäßig einfach und erfolgreich zeigen, den meisten wirksame Gegenmotive beizubringen.

Gegen diese Auffassung über das Wesen des „Alkoholismus chronicus“ hat **Henschen** (298) einen temperamentvollen Protest eingelegt. Die kasuistischen Mitteilungen des Komitees sind sehr mangelhaft und erlauben keine exakten Schlüsse; sie enthalten kaum eine Zeile über den objektiven Zustand der Patienten, keine Untersuchung über Puls, Lungen, Herz, Magen, Nieren, Leber, keinen Sektionsbericht, geschweige denn mikroskopische Untersuchungen, kaum eine Harnuntersuchung. Das Komitee hat es unterlassen, den Zusammenhang zwischen den psychischen Störungen und den Veränderungen der inneren Organe zu beachten; diese sind vom Alkohol bedingte Krankheiten und liefern eine genügende Erklärung für die dauernde oder unabläßlich wiederkehrende Neigung des Trinkers nach Alkohol; er ist also tatsächlich chronisch krank. Eine psychologische Neigung nach Alkohol („psychologische Momente“) ist, wie allgemein bekannt, von einer gewissen Bedeutung, nicht selten aber oder gar größtenteils nur eine vermummte physische Neigung. (*Sjövall.*)

Nicht die medizinische, sondern die soziale, volkswirtschaftliche und sittliche Bedeutung des Alkoholgenusses macht **Holitscher** (329) zum Angelpunkt seiner Darstellung. Vor allem schildert er auch den Kampf gegen den Alkoholismus in der bekannten schwungvollen und mitreißenden Weise des Verfassers.

Kschischo (406) wendet sich gegen die „fanatische und unwissenschaftliche Kampfesweise der Alkoholgegner sans phrase“, die immer verallgemeinerten und übertrieben. Speziell zu dem Thema des Alkoholgenusses unter Schulkindern fänden sich Zahlenangaben, welche der Kritik nicht standhalten könnten. Kschischo hat als Schularzt in Altona an 2580 Kindern vorsichtige Nachforschungen, möglichst ohne Suggestion, über ihren Alkoholgenuß vorgenommen. Täglicher Alkoholgenuß bestand nur bei 2,8 % der Kinder, wobei die Mädchen mehr beteiligt als die Knaben (4 % zu 2,2 %). Als abstinent zu bezeichnen waren 65 % der Knaben und 67 % der Mädchen. Jedenfalls sind des Verfassers Zahlen beträchtlich niedriger als die von anderen Untersuchern veröffentlichten. Unter den regelmäßig Alkohol genießenden Kindern waren über $^2/_3$ Abkömmlinge von Gastwirten, Bierkutschern und verwandten Berufen. In zwei Fällen waren die Kinder trotz regelmäßigen Alkoholgenusses Klassenerste. Trotzdem verficht auch Verfasser das Prinzip alkoholfreier Jugenderziehung als wichtigen Grundsatz der Schul- und Rassenhygiene. — Nie hat er eine schädigende Wirkung gesehen, auch nicht bei regelmäßigem Genusse, vom Altonaer obergärigen sogenannten Braunbier oder Malzbier, daher meint er: „Die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs geschähe besser durch weitgehende Einführung eines leichten, alkoholarmen obergärigen Hausbieres in Familie und Gasthaus als durch aufdringliche



Reklame für die recht zweifelhaften und ziemlich teuren „Erfrischungsgetränke“. Verfasser bespricht dann die vielen Mittel, die der Schule zur Durchführung einer alkoholfreien Jugenderziehung zur Verfügung stehen. Dabei spricht er sich gegen einen besonderen Alkoholunterricht aus: „Es kommt alles auf den Lehrer an.“ Es wäre zu wünschen, daß auch auf den höheren Schulen mit gleichem Eifer wie in der Volksschule gegen den Alkoholmißbrauch gekämpft würde, „denn unstreitig bedürfen sie dieser Arbeit mehr als die Volksschulen“.

Nach **Liebe** (436) muß jede Krankenanstalt ein Vorbild und eine Schule für gesundheitsfördernde Lebensweise sein. Daher fort mit dem völlig unnötigen Alkohol aus Krankenhäusern, Irrenanstalten und Lungenheilstätten!

Nach **Schenk** (686) sind die einzelnen Punkte der von Forel versuchten Beweisführung für die von ihm behauptete Blastophthorie durch Alkohol folgende:

1. Die Degeneration der unter dem Einfluß der akuten Alkoholvergiftung im Rausche erzeugten Kinder.
2. Die Entartung der Keimdrüsen bei chronischen Alkoholisten.
3. Die Ergebnisse chronischer experimenteller Alkoholvergiftung bei Tieren.
4. Die Resultate der vergleichenden Statistik beim Menschen.

Verfasser macht gegen alle vier Punkte der Forelschen Beweisführung Einwände geltend und schließt: „Was bleibt also übrig von der Blastophthorie, die nach Forel übereinstimmend durch alle vier von ihm angewandten Methoden der Beweisführung bewiesen wird? Die Tatsache, daß im Rausche (wie auch unter anderen Umständen) zuweilen epileptische, imbezille, konstitutionell minderwertige Kinder gezeugt werden. Ferner die Erkenntnis, daß wir nicht wissen, ob in ihrer Lebensfähigkeit geschwächte Spermatozoen überhaupt befruchtend wirken. Drittens die Überzeugung, daß die Statistik ein ungenügendes Mittel ist, um in biologischen Dingen einen Beweis zu erbringen, aber ein geeignetes Mittel, um in kühnen Händen den luftigsten Hypothesen zur Stütze zu dienen.“

Näcke (569) kritisiert die bisherigen Beobachtungen über die angeblichen Schädigungen der Zeugung im Rausch und spricht nur drei von Holitscher mitgeteilten Fällen einigermaßen Beweiskraft zu. Er meint, nur in sehr großen Ausnahmefällen habe die Rauschzeugung schädlichen Einfluß. Meist bestände dann auch nur höchstens eine Wahrscheinlichkeit zwischen Rausch und Zeugungsschäden, nie und nimmer eine Sicherheit. Doch für praktische Zwecke genüge schon jene.

Im zweiten Artikel wendet sich Näcke gegen den Begriff: „inadäquate Keimmischung“ oder „Keimfeindschaft“. Das sei ein völlig überflüssiges Modewort, da es sich meist nur um gewöhnliche Vererbungsprozesse handele.

Näcke (563[8]) bestreitet gegen Hoppe (Groß' Archiv Bd. 45 p. 144), daß die Zeugung im Rausche ein häufiger Vorgang sei. Er verlange dafür wissenschaftliche Beweise, die auch Hoppe nicht zweifelsfrei geliefert habe.

Polligkeit (614) geht näher auf das Wesen und die Bedeutung der Schutzaufsicht bei Gewohnheitstrinkern und verbrecherischen Trinkern ein. Ihr Zweck ist 1. die Überwachung von sozialgefährlichen Individuen zum Schutze der Gesellschaft, 2. eine fürsorgende Tätigkeit im Interesse dieser Individuen. Die englisch-amerikanischen Verhältnisse können uns hier in mehr als einer Hinsicht lehrreich sein. Auch bei uns müßte die Schutzfürsorge zu einer Schutzgewalt ausgestaltet werden. Dazu brauchen wir eine gesetzliche Regelung, die die Schutzaufsicht unter richterliche Kontrolle stellt. So möchte auch die Vormundschaft über Trinker für die Zwecke der Schutzaufsicht nutzbar gemacht werden, und zwar die Berufsvormund-



schaft mit ihrem sachverständigen und bereitwilligen Personal. Der (Berufs)-Vormund habe ja als letztes Mittel dem widerstrebenden Trinker gegenüber die Antragsmöglichkeit auf Zwangsheilung in einer Trinkerheilstätte. Ein Netz von Fürsorgestellen müßte über das ganze Reich ausgebreitet werden. Andererseits wäre es nötig, die Grenzen der Überwachungstätigkeit gesetzlich festzulegen, um die Mängel der jetzigen Polizeiaufsicht zu vermeiden. Jedenfalls verdient das Institut der Schutzaufsicht eine ausführliche Behandlung im künftigen Strafgesetzbuche. Allerdings wird es auch hier dann immer noch heißen: „Probation is what the officer makes it."

Hirschmann (323) gibt eine Darstellung der gegenwärtigen Beziehungen des Orients zum Opium, einem Genußmittel, das in seiner Geschichte eine Rolle spielte, und dessen Unterdrückung auf dem Wege internationaler Verständigung in jüngster Zeit versucht wird. Er meint aber, daß bloße Dekrete schwerlich geeignet seien, das Opiumübel zu beseitigen. In Wirklichkeit lägen den Maßnahmen, welche eine Kriegserklärung an das Opium bedeuteten, in erster Linie politisch-wirtschaftliche Motive zugrunde, und der Firnis von Moral, der sie verberge, sei eigentlich recht dürftig. So erwarte auch China von der teilweisen oder vollständigen Durchführung eines Opiumverbots eine beträchtliche Steigerung seiner Wehrkraft bzw. politischen Bedeutung. Immer wieder bestätige sich die alte Erfahrung, daß das moralische Motiv oft scheinbar die einzige Triebfeder von Reformen sei, bei näherer Betrachtung sich aber nur als schöner Deckmantel durchaus nüchterner Erwägungen erweise. Übrigens wurde berichtet, daß überall da, wo Opiumverbote rasch durchzuführen versucht worden seien, der Alkoholismus schnell an Boden gewonnen hätte. Dann wäre aber die Opiumverdrängung gar teuer erkauft worden.

Nach **Schultze** (706) nimmt der Alkoholverbrauch bei den früher so nüchternen Indiern in allen Bevölkerungsklassen in den letzten Jahrzehnten bedeutend zu. Ein gewichtiger Grund dafür sei wahrscheinlich darin zu suchen, daß die Politik der englischen Regierung in Indien darauf ausgegangen sei, aus den Steuern auf geistige Getränke möglichst hohe Erträge zu erzielen, besonders seitdem sie durch die Unterdrückung des Opiumhandels in China eine wichtige Einnahmequelle verliere.

An der erotischen Wirkung des Alkohols, vor allem aber des Opiums und des Haschischs zeigt **Neumann** (574), daß die Narkotika und Rauschmittel nur dann sexuell stimulierend wirken, wenn sie in geringen, wohl individuell begrenzten Mengen genossen werden. Darüber hinaus entfesseln sie nur die Phantasie.

Ausnahmemenschen. Verbrecher. Geisteskranke und psychopathisch Minderwertige.

Kanngiesser (364): In Frage kommt als Todesursache Alexanders des Großen weder Delirium tremens noch Epilepsie, sondern vielleicht Malaria, wahrscheinlicher eine Lungenkrankheit. (*Autoreferat.*)

Eine Psychoanalyse **Kanngiesser**'s (365) der cäsarischen Familie an der Hand der historischen Quellen. „Epilepsie und die vielleicht epileptischen Äquivalente der Grausamkeit und der moralischen Depravation, potenziert durch Konsanguinität und die Machtvollkommenheit der Kaisergewalt bedingten die Dekadenz und den Ruin der Julischen Dynastie." (*Autoreferat.*)

Auf Grund historischen Materials und medizinischer Erwägungen bejaht **Kanngiesser** (369) die im Titel gestellte Frage, ob Napoleon Epileptiker gewesen sei. (*Autoreferat.*)



Nach einer eingehenden Beschreibung der krankhaften Erscheinungen des Kardinals Richelieu kommt **Cleu** (107) zu dem Schlusse, daß dieser berühmte Mann schon von Kindheit an das Opfer einer tuberkulösen Infektion gewesen sei. Auch die Psychologie dieses großen Kranken sei die eines Tuberkulösen.

Hauck (290) macht auf einen Roman Balzacs, betitelt: „Eine Kriminaluntersuchung" aufmerksam, in dem das damals unter der Herrschaft des Napoleonischen Code d'instruction criminelle von 1808 geltende strafgerichtliche Untersuchungsverfahren in allen seinen Einzelheiten geschildert wird. In diesem Roman sind schon Gedanken ausgesprochen, wie wir ihnen heute in den modernen Schriften über die Reform des Strafprozesses begegnen. v. Liszt und Balzac berühren sich in so manchem, so auch hinsichtlich der Parteistellung des Beschuldigten, hauptsächlich im Hinblick auf die Untersuchungshaft. Balzacs Roman mit seiner bedeutenden Psychologie lehrt, daß schließlich alle Wissenschaft, die wir zur Schaffung guter Kriminalgesetze bedürfen, in der psychologischen Erkenntnis des Menschen ihren Ausgang hat. Wie wahr ist Balzacs Ausspruch: „Gott weiß, was auf dem Papier (beim „Kampf einer Kriminaluntersuchung") von dem glühendsten Auftritt übrig bleibt, bei dem die Augen, der Ton der Stimme, das Zucken einer Gesichtsmuskel, die geringste Veränderung in der Blässe oder Röte der Wangen gefahrdrohend ist. Ein Protokoll ist also nichts weiter als die Asche von einem Brande."

Schütze (714) schildert genau die sehr interessanten weitgehenden retrograden Amnesien und Erinnerungsfälschungen, die die am Autounglück des Prinzen Heinrich (August 1911) Beteiligten aufwiesen. Er schließt an seinen Bericht folgende Bemerkung: „Der Wert eingehendster Kenntnis solcher Zustände für die Strafrechtspflege liegt auf der Hand. Solche scheinbar in lichten Augenblicken abgegebene, ganz vernünftig klingende Erklärungen tatsächlich noch völlig Bewußtloser können nicht nur die Ermittlung auf völlig falsche Wege lenken, sie können auch . . . Unschuldige in den schwersten Verdacht bringen."

Marie, Chaillon und **Mac-Auliffe** (489) beschreiben eingehend den sogenannten „zerebralen Typus" mit seinen caractères hiérarchiques. Er finde sich sowohl bei hochstehenden Männern wie bei Mucenas, Montaigne, Malesherbes, Richelieu, Diderot, Kant, R.-J. Haüy, Leverrier, Orfila, R. Wagner, Baudelaire usw. Aber eine große Zahl der „Zerebralen" vom morphologischen Standpunkte aus seien nur von mittlerer Intelligenz. Eine gewisse Zahl wäre sogar imbezill, debil, ja makrozephalidiotisch, in einer ganz geringen Zahl sogar mikrozephalidiotisch. Die Gehirnmasse tue es eben nicht allein, sondern das Zusammenarbeiten der Assoziationen, und dieses könne bei einem mittleren oder kleinen Gehirn oft besser sein, als bei einem massigen.

Stooss (775) teilt 1. einen Fall mit, den er „die religiöse Schwärmerin" benennt. Eine offenbar stark ekstatisch affizierte Hysterika (7 Jahre war sie — gesund und blühend aussehend — ans Bett gefesselt) ließ im Jahre 1801, einen Tag nach Christi Himmelfahrtsfeier, ihre Mutter und 2 Schwestern den Backofen anheizen, schmückte sich festlich, ging ohne Unterstützung in Begleitung ihrer Mutter und Schwestern über die Stiege „und schloff in den Backofen, worin sie, während sich die Angehörigen aus großem Schmerze entfernten, verbrannt worden ist". Im Dorfe verbreitete sich das Gerücht, sie sei lebendig von den Engeln in den Himmel getragen worden. Mit Recht urteilte schon damals das Obergericht, die Handlungen der der Beihilfe zum Selbstmord angeklagten Angehörigen seien nicht im bösen Vorsatze, sondern



in einer abergläubischen Schwärmerei begründet, folglich keiner kriminellen Bestrafung unterworfen. — Der zweite Artikel: Liebeswahn, behandelt die Geschichte eines paranoischen Mörders, der 1807 in einer Theaterloge in Triest zwei Frauen niederstach, weil er sich besonders von der einen schon jahrelang sexuell verfolgt und gemartert glaubte; die Frauen hätten ihn durch astrologische Künste behext. Interessant sind die Gutachten der damaligen ärztlichen Sachverständigen, deren einige die krankhafte Grundlage der Tat richtig erkennen. Der Jurist Zeilber will aber alles psychologisch erklären, der Mann sei ja ganz klar! — Nach einer ersten Verurteilung zum Tode endlich doch Freisprechung, weil der Fall „zweifelhaft".

Nach **Junk**'s (358) Erfahrungen spielt der Alkohol bei militärischen Subordinationsverletzungen auf offener Straße nicht selten seine verderbliche auslösende Rolle. Es kommt dann zu den peinlichsten Szenen. Muß dabei gar der Offizier von seiner Waffe Gebrauch machen, so nimmt oft das Zivilpublikum Partei gegen den Offizier. Der Zivilist findet die blutige Ahndung des subordinationswidrigen Verhaltens des Mannes ganz unverhältnismäßig im Vergleiche zu seinem, dem Laien geringfügig erscheinenden Verschulden. Dieses psychologische Moment macht sich dann auch in unbewußt oder auch bewußt falschen Zeugenaussagen so mancher aus dem Publikum genommenen Zeugen bemerkbar. In einem vom Verf. mitgeteilten Fall standen sich denn auch die Zeugenaussagen in ganz auffälliger Inkongruenz gegenüber. Gerade durch das schwer zu entwirrende Gestrüppe zweifelhafter Zeugenaussagen wird die Aufgabe eines Militärrichters in derartigen Fällen eine so schwierige und ernste.

In seinem Ergänzungsaufsatz erzählt **Dolenc** (154), wie sich endlich allenthalben trotz fortdauernden Verzückungen der Theresia J. die Einsicht, daß es sich hier um eine Geisteskranke handelte, durchsetzte. Die Kranke wurde von der Gemeinde in die zuständige Irrenanstalt gebracht, dort wiederholt entlassen und neuaufgenommen und entmündigt. Sie starb am 22. März 1912 abends während einer ihrer Verzückungsanfälle, an welchen sie bis zu ihrem Lebensende täglich dreimal gelitten hatte. Das Volk hatte seine „Heilige" fast vergessen.

Verhängnisvolle Schwätzereien eines Pfarrers, der, wie **Haldy** (267) erzählt, im Halbdusel nach einer geistlichen Konferenz mit dem Thema: „Was kann die Kirche im Kampfe gegen die Unzucht tun", nach Hause fahrend in der Gegend bekannte, mitfahrende Herren der Päderastie im Coupé bezichtigte. Vor Gericht Rückzug des Pfarrers, Aufklärung der ganz unverfänglichen Vorgänge im Coupé, nachdem aber erst der Skandal dagewesen.

Eine Dame wird nach **Gudden** (255) durch die Lektüre von Mirabeaus: „Der Dieb" von einem Zwangstrieb zu stehlen befallen. Schon von Kindheit an besteht bei ihr ererbtes neuropathisches Temperament und Neigung zu Zwangshandlungen mit Angst. Zur zwangsmäßigen Gewohnheitsdiebin wird sie aber erst im Klimakterium. Allemal nach Ausführung eines Diebstahls Beruhigung. — Freispruch.

Alle Neurotiker müssen vor dem Schlafengehen gewisse Prozeduren vornehmen, behauptet **Stekel** (763), mindestens für ihre Angehörigen beten. „So verwandeln sich die alten Todeswünsche in Gebete und Segenswünsche." . . . „Sehr merkwürdig ist der Umstand, daß neben der Todesklausel, die in allen Zwangshandlungen enthalten ist, ebenso ein religiöses Moment nachzuweisen ist. Viele (vielleicht sogar alle) Zwangshandlungen ersetzen Gebete, und in vielen Fällen ist das Gebet selbst eine Zwangsvorstellung und Zwanghandlung (Freud). In seiner Arbeit will dann Stekel das Zwangszeremoniell einer an Zwangsneurose leidenden Dame

analysieren. Es handelt sich um ein 33 jähriges Fräulein, das an der Zwangsvorstellung leidet, sie könnte ihren Vater, die Mutter oder die Schwester umbringen. Besonders intensiv zentrieren sich diese Zwangsvorstellungen auf die Schwester. Diese Dame hat ein gewisses Zeremoniell vor dem Schlafengehen und beim Erwachen, das Steckel „mit ihren eigenen Worten" mitteilt. In einer „Analyse" stellt Steckel fest: Die Kranke hat in ihrer Jugend ein schweres Trauma erlebt, das sich in allen ihren Zwangshandlungen widerspiegelt. Er konstatiert in dem Zwangszeremoniell dreierlei Strömungen: „1. Die Erinnerungen resp. Vorwürfe (Freud) wegen des Traumas der Jugend und der Onanie. 2. Der Zweifel an ihrer Jungfräulichkeit. 3. Die Gebete, die von Todeswünschen gegen die Angehörigen durchtränkt sind." — „Die Atemstörungen stammen aus Atemstörungen beim Orgasmus"; in dieser Art geht es weiter. Verfasser schließt:

1. Jede Zwangshandlung enthält eine Todesklausel.
2. Jede Zwangshandlung erfüllt einen infantilen Imperativ.
3. Jede Zwangshandlung dient dazu, Angst und Zweifel psychisch zu binden.

Beim Unterlassen der Zwangshandlung werden diese Affekte frei. Jetzt käme noch ein viertes Moment hinzu. „Die Zwangshandlungen sind von religiösen Motiven durchsetzt, sie enthalten Gebete, die mit den kriminellen Komplexen auf dem Wege des neurotischen Kompromisses zu einem psychischen Symptom vereinigt erscheinen."

Bercio's (51) Fall zeigt einmal, wie sich aus nicht erkennbaren Gründen Mutterliebe in Bestialität verwandeln kann (eine Mutter mißhandelt ihre kleine Tochter, die sie nur Beest, Tierstück, faules Tier usw. nennt, in grausamster Weise allmählich zu Tode), zum andern, daß eine aus Furcht vor der Todesstrafe (bei dieser Mutter) im Entstehen begriffene Psychose durch Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe wieder zum Abklingen gebracht worden ist.

Kalmus (362) teilt den Fall eines Selbstmordes eines offenbar halluzinierenden paranoischen Kranken mit. Nach einem mißlungenen Selbstmordversuch durch Halsverletzung hatte er sich nachträglich auf die Schienen der Bahn gelegt und überfahren lassen. Bis zur Klärung des Falles waren schon zwei „Verdächtige" als eventuelle Mörder des Mannes verhaftet worden.

Die von **Albrecht** (14) mitgeteilte Selbstbiographie eines Wechselfahrers wird mit Recht von Groß durch folgende Anmerkung als äußerst interessant und lehrreich charakterisiert: „Diese Selbstbiographie trägt den Stempel der Wahrheit; sie gestattet, in das Leben der echten Gauner einen außerordentlich unterrichtenden Blick zu machen. Der Verf. der Autobiographie muß ein besonders begabter Mensch gewesen sein . . ." usw. — Der Entwicklungsgang eines Verbrechers höheren Stils, der Zusammenhalt der Verbrecherkreise, ihr Verkehr mit problematischster Weiblichkeit und nicht zuletzt die Dummheit des Publikums fein und sicher auftretenden Betrügern gegenüber kann nicht plastischer geschildert werden, als es in dieser Biographie mit ihrer Skizzierung überaus origineller Typen aller Art geschieht.

Gutachten **Garnier's** (222) über einen Betrüger und Gauner, der sich zur Zeit der Tat als hypnotisch beeinflußt ausgab. Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten. Verurteilung.

Voß (814) will an dem Beispiel eines Falles von Liebeswahnsinn — ein Kontorist gab am 25. Juli 1911 auf die neben ihm sitzende Stenotypistin Anna S. plötzlich in Gegenwart von sechs anderen Angestellten aus einem



Revolver zwei Schüsse kurz hintereinander ab — zeigen, daß die psychiatrischen Sachverständigengutachten manchmal recht widerspruchsvoll und zweifelhaft seien. Er ergeht sich in einer langen aus der Literatur zusammengelesenen Auseinandersetzung über den von einem Gutachter in diesem Falle gebrauchten Begriff des neurasthenischen Irreseins und betont besonders: seines Erachtens müsse überhaupt jede psychiatrische Begutachtung mit normal psychologischer Betrachtung und Tatbestandsanalyse einsetzen, und erst im weiteren Verlauf habe sie dann die Tatsachen herauszugreifen und zusammenzustellen, die eine Überschreitung der Grenzen des normalen Seelenlebens nach dieser oder jener Richtung enthielten. In vorliegendem Falle genüge aber als Motiv wahre, ausgeprägte Liebeseifersucht mit der ihr eigentümlichen konsequenten Tragik. Das „Resultat der normalpsychologischen Betrachtung sei mithin dem der psychiatrischen Expertise entgegengesetzt".

Schäfer (680) scheint die von Voß vorgenommene scharfe Trennung in „kriminalpsychologische" und „psychiatrische" Beurteilung verfehlt. Voß rede von kriminalpsychologischer Beurteilung, in Wirklichkeit sei es die normalpsychologische, die er meine. Das habe aber mit der Untersuchung, ob der Inkulpat zur Zeit der Tat geistesgestört gewesen sei oder nicht, gar nichts zu tun. Auch der Geisteskranke könne anscheinend nach normalpsychologisch verständlichen Motiven handeln. Sache des Arztes sei es, Geisteskrankheit auszuschließen oder nicht.

Florschütz (197 a) schildert den raffinierten Selbstmord eines bei Todesfall Versicherten noch zu einer Zeit, als bei Selbstmord die Versicherungsgesellschaft nicht zahlungspflichtig war. Ein Freund hatte aus Mitleid mit der betreffenden Familie dazu geholfen, den Mord vorzutäuschen (Hände gebunden usw.). Dieser Freund selbst verriet erst 16 Jahre danach den wahren Hergang der Sache.

Belletrud und **Froissart** (48) schildern einen Fall von konstitutioneller Instabilität. Vagabondage schon im Jünglingsalter. Häufige Trunkenheit. Die Sucht nach Alkohol wirkt verstärkend auf den Trieb, von Ort zu Ort zu wandern. Häufige Internierung wegen Arbeitsscheu, oder um den Mann vor sich selbst zu schützen.

Nach **Näcke** (563[7]) verführt meist der Mann die Frau, umgekehrte Fälle seien viel seltener. Er berichtet dann einen solchen Fall, in dem ein fast athletisch gebauter 19 jähriger Schwachsinniger von einer 28 jährigen Arbeitersehefrau angelockt und endlich zu massenhaftem Koitus mit ihr verführt wurde; sie weckte ihn dazu sogar aus tiefstem Schlafe auf. Als noch Eifersuchtsszenen seitens der Frau hinzutraten, verlor kurz nach Weihnachten 1910 der sonst solide junge Mensch das seelische Gleichgewicht, nahm einen Hammer, den er zufällig liegen sah, und erschlug die Frau — Totschlag aus Affekt. Freispruch und Anstaltsverwahrung wegen Imbezillität.

Bartlett (40) betrachtet den Fall eines geisteskranken Verbrechers mit systematisierten Verfolgungsideen usw., eines Menschen mit kongenitalem Defekt vor allem auf seine Familiengeschichte hin. Er gibt über die Familie ein umfassendes Pedigree und zeigt die enorme Entartung ihrer Mitglieder deutlich auf. Er überläßt es dem Leser, seine eigenen Schlüsse zu ziehen, welches der größte Faktor sei bei dieser extrem degenerierten Familie, die Heredität oder das Milieu (die Slums von London).

Biaute (57) teilt ein von ihm abgegebenes Gutachten für das Kriegsgericht mit über einen körperlich und geistig minderwertigen, debilen Epileptiker mit deliranten Zuständen.

Florowsky (196) berichtet einen Fall von Selbstmord eines „schon lange an Anfällen leidenden“ Mannes durch Anbohren der Stirn mittels eines Korkziehers. Verf. zählt dann aus der Literatur ähnliche „Schädelstichwunden“ auf und bemerkt, daß meist Geisteskranke oder Gefangene sich selbst derartige grausame Schädelverletzungen zufügen. „Wenn die Kranken sich selbst unter dem Einfluß krankhafter Zustände gefährliche Wunden beibringen, so ist es (bei den Gefangenen) die furchtbare geistige Verfassung, welche die „Unglücklichen“, wie sie das russische Volk nennt, zu solch furchtbaren Taten treibt“.

Maier (476) referiert zwei Fälle, in denen die mangelhafte psychologische Bewertung der Aussagen abnormer Individuen vor Gericht zu folgenden schweren Justizirrtümern führte:

Ein schwachsinniges Mädchen, das in Wirklichkeit von ihrem Vater geschwängert war, beschuldigt einen alten Mann der Notzucht. Trotz aller ihrer Widersprüche glaubt ihr das Gericht ohne psychiatrische Begutachtung ihrer Aussage, da es eine so schwachbegabte Person raffinierter Lügen nicht für fähig hält. Der fälschlich Beschuldigte wird straf- und zivilrechtlich verurteilt, bis sich nach 2 Jahren der wahre Sachverhalt herausstellt.

Ein schon wegen Dementia praecox früher in der Irrenanstalt internierter Kranker kommt wieder in Strafuntersuchung und erklärt dem Richter, daß er früher simuliert und die Irrenärzte hinters Licht geführt habe. Man glaubt ihm ohne weiteres und verurteilt ihn als zurechnungsfähig. In der Haft bricht am zweiten Tag ein schwerer katatonischer Aufregungszustand aus. — Verf. tritt für eine bessere psychologisch-psychiatrische Ausbildung der Juristen ein. (*Autoreferat.*)

Ein einfaches Bauernmädchen, Hermine P., umgarnt nach **Rechert** (635) ihre kleinbürgerliche Wiener Herrschaft durch eine phantastisch erfundene Korrespondenz mit den höchsten Herrschaften (129 Briefe!) in fast unbegreiflich dreister Weise. Zweck der erfundenen Korrespondenz war, Hermine P. in den Augen des einfachen unerfahrenen Ehepaares als eine höchst einflußreiche Person hinzustellen, durch deren Vermittlung nicht nur Reichtümer eingeheimst, sondern auch Orden, Titel und selbst der Adel erworben werden könne. Psychologischer Grund: hysterischer Ehrgeiz und Eitelkeit, die P. wollte auch einmal etwas gelten. „Der Drang zum Höheren steckte in ihr, sie wollte immer etwas Besseres sein oder scheinen . . . die Phantasie erhielt das Übergewicht über die Willenskraft.“

Bericht **Pscholka**'s (623) über die Verbrechen eines Steiermärkers Bauernknechts, Paul Reininger, der am 24. April 1786 „wegen an 6 Personen auf die grausamste Art verübten Straßen- und Meuchelmorden“ zum Tode unter Folterqualen verurteilt wurde. Der Bericht bietet vor allem durch zwei Fälle von Herzraub Interesse, die ins Kapitel „Aberglaube“ gehören (derjenige, der die Herzen von dreien Menschen verzehrt, hat Glück im Spiel usw. und kann sich sogar unsichtbar machen, wenn er nüchtern davon genießt). Pscholkas Gewährsmann Wanggo führt in dieser Beziehung den Hundssattler von Bayreuth an, der acht schwangere Weiber tötete und deren Herzen fraß, um nach Genuß des neunten Herzens wie ein Vogel fliegen zu können.

Der Raubmörder und Brandstifter Niederhäuser, am 3. November 1911 vor dem Schwurgericht des Mittellandes in Bern zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilt, war nach **Schürch** (710) ein Mensch von nicht alltäglichem geistigem Gepräge. „Es war vor allem ein überspanntes Bedürfnis nach Ehre, was diesen Verbrecher zum Konflikt mit der Rechtsordnung trieb. Diese Ehrsucht untergrub seine natürliche Wahrhaftigkeit und Offen-



heit, sie verleitete ihn dazu, überall mehr scheinen zu wollen, als was er gesellschaftlich und moralisch war", — „schlimmstenfalls auch als Verbrecher berühmt zu werden." Eine große Rolle in diesem Prozesse spielten „graphische Zeugendepositionen" (die Zeugen wurden z. B. dazu angehalten, anscheinend geraubte Schmucksachen der Ermordeten aufzuzeichnen, wodurch viel bessere Resultate erzielt wurden als bei nur mündlicher Beschreibung).

Nach **Rechert** (637) könnte man den Massenmörder Wanyek, der 1901 in Wien bei einem Einbruchsversuch ertappt, sich mit unerhöhter Verwegenheit und verweifelter Energie gegen seine sich immer mehr ansammelnden Verfolger verteidigte und rücksichtslos mit einem Revolver um sich schoß, ja später auch noch im Gefängnis einen Aufseher zu Boden schlug, als das Urbild eines geborenen Verbrechers bezeichnen, wenn man überhaupt diese veraltete Bezeichnung gebrauchen wollte. „Ein Verbrecher wie Wanyek hätte schon nach seinen ersten Taten unschädlich gemacht werden müssen." Unheimlich war die Ruhe des Mörders dem ausgesprochenen Todesurteil gegenüber; ihn beherrschte geradezu eine Sehnsucht nach dem Henker. „Derselbe dunkle Drang bewegt den Selbstmörder, es ist der Drang nach Erlösung." Charakteristisch für Wanyek war ein verschlossener Trotz. Er verzichtet auf jede Art der Verantwortung, seine Rede war: „Ich gib keine Antwort. Mir ist alles eins. Ich will meine Todesstraf", ferner nach der Verurteilung: „Ich will keine Gnade." Eine Geistesstörung konnte nicht nachgewiesen werden. Er war „der Selbstmörder, der die Ausführung dem Scharfrichter überließ". Daher tat er alles, um den eigenen Untergang zu besiegeln.

In diesem interessanten von **Zangger** (859) mitgeteilten Kriminalfall handelt es sich besonders um die Frage, ob einige frische Blutstropfen in Erbsengröße am Hemd des vermeintlichen Mörders einer am 13. März 1910 getöteten Person namens Helene Jursche in Stranitzen (Südsteiermark) durchaus in der Form ihrer Verteilung nur dadurch zustande kommen konnten, daß sich Blut aus einer größeren starkblutenden Schlagader ergießt und auf den verunreinigten Gegenstand auftrifft. Zwei Sachverständige behaupteten es mit Sicherheit, und daraufhin wurde der 17 jährige, bisher unbescholtene Angeklagte, trotzdem ein anderer, ein verbrecherischer aber unzurechnungsfähiger Kretin, sich selbst der Tat bezichtigt hatte, von den bäuerlichen Geschworenen zu sieben Jahren schwerem Kerker mit Verschärfung usw. verurteilt. Erst auf eine Nichtigkeitsbeschwerde des Verteidigers unter Einreichung von gänzlich anders lautenden Gutachten seitens Straßmanns, Puppes und Dittrichs und auf ein Obergutachten der medizinischen Fakultät in Wien hin wurde das Verfahren gegen den Angeklagten über Antrag der der Staatsanwaltschaft ohne neuerliche Verhandlung eingestellt. Der Tenor der neuen Gutachten ging dahin, die Behauptung, daß der Träger des blutigen Hemdes sich einer spritzenden Arterie gegenüber befunden haben müßte, sei unrichtig, die Blutflecke könnten auch zufällig entstanden sein. Auch die Angabe, die Blutflecke könnten durch Niesen des neben dem Angeklagten schlafenden nasenblutenden Bruders entstanden sein, entsprächen denkbaren Möglichkeiten. Zangger macht darauf aufmerksam, wie gefährlich es sei, wenn Sachverständige mit dem Terminus „ausgeschlossen" arbeiteten. Am besten führen die Gutachter, welche die meisten Möglichkeiten offen ließen.

Das nachfolgende Gutachten des Professors Dr. **Shuzo Kure** (410) an der psychiatrischen Klinik zu Tokio beweist, wie Aberglaube und Autosuggestion zur Befriedigung unlauterer Begierden dienen können. Hier führten sie zu einem Mord, wobei die Mörderin in religiös-ekstatischem Zustande infolge Erinnerungshalluzination an die Wirklichkeit ihres Vorlebens glaubte und vorgab, die Gattin ihres Mitmörders in einem früheren Leben gewesen



zu sein — ein seelischer Zustand, der nach Meinung des Sachverständigen einen Milderungsgrund (verminderte Zurechnungsfähigkeit) bedinge. Interessant ist dieser Fall besonders durch seine echt buddhistisch-japanische kulturelle Färbung. Verf. sagt: „Daß die Mörderin eine solcher sogenannten „Vorlebenssage“ entsprechende Idee bekam, kam daher, daß sie berufsmäßig (als Gründerin einer Sekte) das Beten und Anrufen des Gottes „Fudo“ trieb, in ihrem eigentümlich ekstatischen Zustande nicht bewußt oder kaum bewußt verschiedenes, darunter auch von ihrem Vorleben aussprach, was natürlich von der Umgebung, von den ihrer Sekte angehörigen Personen und auch von ihr selbst als Wahrheit angenommen wird.“ Ein unvermeidbares Schicksal, von dem vergangenen Leben und dessen Taten bestimmt, muß dann schuld sein an ihrem Verbrechen — (Gattenmord, um mit ihrem Geliebten, der vor 200 Jahren schon einmal ihr Mann gewesen, sich vereinigen zu können) —. Solch eine Idee der Palingenesis ist eine sehr alte, die in Indien entstand, und mit dem Buddhismus über China und Korea nach Japan herüberkam, schon vor mehr als 1000 Jahren, und seitdem sich tief in die Menschenherzen grub. Verf. deutet kurz Beispiele hierfür aus der japanischen Literatur an.

Frey Svenson (206) gelang es, Material zu einer recht vollständigen und einer psychologischen Analyse zugänglichen Lebensbeschreibung von Johan Filip N., einem ausgesprochenen Vagabunden, Dieb und mehrfachen Mörder zusammenzubringen, der im Jahre 1875 seinen so ausnehmend traurigen Lebenslauf in einem baptistischen Altersheim in Dalarna begann und ihn 1900 nach einem der aufsehenerweckendsten und blutigsten Verbrechen, die die Kriminalgeschichte Schwedens in jüngerer Zeit wohl kennt, auf dem Schafott endigte. Am 30. Juni 1900 wurde N. wegen Raubes (er hatte sich eines ganzen Seeschiffes zu bemächtigen versucht) und dabei verübter fünf Morde und acht Mordversuche zum Tode und Nebenstrafen verurteilt. N. war eine typische psychopathische Persönlichkeit, also eine Person, bei der eine Abnormität in der einen oder anderen Hinsicht in den konstanten Motivdispositionen ohne eine andere wesentlichere Abnormität der Psyche (weder Hysterie, noch Neurasthenie, noch Epilepsie usw.) vorlag, dessen Intelligenz sicher nicht unter dem Durchschnitt stand, dessen Eigentümlichkeiten in den Verstandesäußerungen, die als Abweichungen von der Norm angesehen werden können, vielmehr von Eigentümlichkeiten im Gefühlsleben und im Motivierungsprozeß herrührten. Es fehlte dem N. von Hause aus das „positive Abhängigkeits-, das Zusammengehörigkeitsgefühl“. Dagegen war das „positive Selbstwertgefühl“ stark gesteigert, so stark, daß es sich bis zur „Unschuldswahnvorstellung“, zur „Unschuldssophisterei“ (dem Selbstbetrug: nicht sie, sondern andere oder die ungerechte Gesellschaft seien eigentlich an ihren Verbrechen schuld) emporzuschrauben vermochte. „Unschuldssophisterei“ nennt Svenson „die unbewußte Flucht von dem konventionellen Gewissen aus zu dem mit der eigenen Natur des Verbrechers mehr übereinstimmenden“. „Die Menschen schaffen sich nicht allein Götter, sondern auch Gewissen nach ihrem Bilde“. Ein ungehemmtes Triebleben mit seinem Gefolge impulsiver Handlungen vollendet dann anscheinend den „geborenen Verbrecher“, den „Moral Insanen“, aber nur „anscheinend“; denn beide Bezeichnungen geben ein falsches Bild von einer Persönlichkeit wie die N.s. Auch die Kraepelinsche Bezeichnung als konstitutionell Haltungslose charakterisiert derartige Personen falsch; tritt doch hier vielmehr gerade ein konstitutioneller Eigensinn in Erscheinung, der begründet ist in einer infolge mangelhaft ausgebildeten positiven Abhängigkeitsgefühls und abnorm stark entwickelten positiven Selbstwertgefühls vorhandenen Unmöglichkeit, sich den Forderungen



unterzuordnen, die das Zusammenleben an einen Menschen stellt. Solche Leute gehören nicht in Irrenanstalten, sondern in die uns bitter notwendigen „Mittelanstalten für psychopathische, aber nicht geisteskranke Verbrecher und Inkorrigible.“ Unter den vorliegenden Umständen war aber „das beste das, was geschah, daß der Kopf N.'s fiel.“ Von einem höheren Gesichtspunkte aus meint aber Svenson: „Das Gemeinwesen, das selbst gegen Gewalttätigkeit einschreitet, darf nicht durch solche Gewalttätigkeit richten, wenn es wirklichen Respekt vor seinem Einschreiten erlangen will, und es darf vor allem sich nicht der inhumanen Todesstrafe bedienen, die ihre Schwäche darin zeigt, daß sie ihre einzige wirklich rationelle Anwendung betreffs Individuen besitzt, die auf der Grenze der Unzurechnungsfähigkeit stehen.“

Többen (798) widmet den zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten eine Besprechung, und zwar sichtet er sein Material, das aus 70 Mördern besteht, nach sozialen und psychologischen, nicht nach rein klinischen Gesichtspunkten. Er fragt sich:

I. Was für Menschen waren die Mörder im allgemeinen? Waren sie verkommen oder waren sie für den sozialen Organismus noch sozial brauchbar?
II. Welches waren die Motive ihrer Tat?
III. Wie war die Führung der Lebenslänglichen und wie ihre soziale Brauchbarkeit in der Haft?
IV. Wann erfolgte die geistige Umnachtung?

Ad I: Meist handelt es sich um erblich Belastete mit Minderwertigkeit des Zentralnervensystems. Doch stellen die Mörder keine festen Typen dar. Es gibt darunter ganz rohe Individuen, aber auch solche mit Bildung des Herzens und des Geistes. 57,1 % waren vor der Tat sozial brauchbar, 42,9 % schon verkommen und unsozial. Sie stammten nicht alle aus den untersten Volksschichten. 25,7 % waren mit größeren Vorstrafen vorbestraft. Többen bestätigt die Vermutung Liepmanns, daß wir es bei den Mördern vermutlich nur zu einem geringen Teil mit gewerbsmäßigen, d. h. präsumptiv und endogen unverbesserlichen Verbrechern zu tun haben. Ad II: Ein großer Teil der Verurteilten stand entweder hart an der Strafmündigkeitsgrenze oder hatte sie erst wenige Jahre überschritten, als er die blutige Tat beging. Die Königsmörder sind zum großen Teil Fanatiker, desequilibrierte Psychopathen, impulsiv, unstät, reizbar und eitel. Eine andere Gruppe bilden die Mörder aus geschlechtlichen Trieben oder Leidenschaften. Mit dem Familien- und Vatermord und mit dem Kindes- und Gattenmord beschäftigt sich Többen nicht weiter. In 48,8 % seiner Fälle war das Motiv Habsucht. Dabei geschieht der sonst unnötige Mord meist, um den Zeugen der Tat (Raub) zu beseitigen. Manchmal treibt eine Ausnahmesituation zur Tat (explosiver Abschluß einer Seelentragödie), manchmal ein Zwangstrieb, manchmal eine persönliche verbrecherische Tendenz. Nicht selten steht der Mord indirekt in Zusammenhang mit einer defekten geistigen Anlage. Ad III: Die Führung der Lebenslänglichen in der Haft war überwiegend gut (68,7 %), leidlich bei 14,2 % und schlecht bei 17,1 %. Interessant ist, daß von denjenigen, die früher nicht vorbestraft wurden, nur 4,5 %, von denen, die mit kleinen Vorstrafen behaftet waren, nur 10 %, und endlich von denen, die größere Vorstrafen erlitten hatten, 38,9 % sich im Zuchthaus schlecht führten und unsozial waren. Bei den beiden zuerst genannten Gruppen begann die schlechte Führung erst in dem Augenblick, wo auch die geistige Erkrankung eintrat, während bei den vielfach vorbestraften Lebenslänglichen die Psychose erst bedeutend später einsetzte. Die Prognose über die Verbesserlichkeit der Lebenslänglichen ist also keineswegs absolut ungünstig, ein erheblicher



Teil von ihnen ist in der Strafanstalt sozial brauchbar. Von den Anstaltsdirektionen befürworteten Gnadengesuchen möchte also häufiger als bisher stattgegeben werden. Vielleicht könnte bei der lebenslänglichen Strafe die vorläufige Entlassung zugelassen werden, dann brauche man nicht ganz ungefährlich gewordene Menschen lebenslänglich einzusperren. Ad IV: Unter den Mördern sind mehr Psychopathen als unter den anderen Verbrechern. Hoffnungslose Haft bewirkt bei ihnen meist eine langsam fortschreitende Einengung der geistigen Persönlichkeit, eine Abnahme der intellektuellen Sphäre und der normalen Gefühlsbetonungen und Willensantriebe. Bei jungen Personen entsteht der Unschuldswahn, bei alten der präsenile Begnadigungswahn. Geisteskrank werden fast alle Lebenslänglichen vorübergehend oder dauernd. Die meisten erkranken innerhalb der ersten fünf Jahre, hauptsächlich psychogen und epileptisch, dann aber auch an Paranoia und Dementia praecox, bei den älteren spielt Arteriosklerose eine Rolle. Die Mörder gehören keineswegs alle zur Hefe des Verbrechertums. Ein Teil könnte sogar wieder sozial gemacht werden.

Sexologie. Perversitäten. Homosexualität.

Das ausgezeichnete Werk **Ploß'** (612), nach dem Tode des Verfassers herausgegeben von Dr. phil. B. Renz: „Das Kind in Brauch und Sitte der Völker", ist nun mit dem 2. Bande komplett. Bei der fast enzyklopädischen Reichhaltigkeit des Werkes muß man sich darauf beschränken, nur die Titelüberschriften wiederzugeben. Aus ihnen wird hervorgehen, wieviel wissenswerter Stoff für den Kriminalanthropologen auch in diesem 2. Bande wieder enthalten ist. So wird behandelt: „Das kleine Kind und das ihm gesungene Lied. — Sitz-, Steh- und Gehversuche des Kindes, Hilfsmittel. — Sympathie oder Zauber und verwandter Aberglaube in der Behandlung des gesunden Kindes. — Das Zahnen. — Haaroperationen am Kinde. Das Haar ein Bild des Lebens. — Operationen am Kindesschädel. — Operationen mannigfacher Arten am Körper des Kindes. — Sexuelle Operationen a) am männlichen, b) am weiblichen Geschlecht. — Des Kindes Spiel und Spielzeug. — Kleidung, Schmuck und Haartracht des heranwachsenden Kindes. — Feste und Festfreuden des Kindes. Christliche und vorchristliche Erinnerungen. Fruchtbarkeitskulte und Verwandtes. — Pflege, Abhärtung, Charakterbildung und körperliche Züchtigung des heranwachsenden Kindes. — Die Heranziehung des Kindes zu körperlicher Arbeit. — Das Kind und das Schulwesen. — Kind und Keuschheit. Das Beispiel der Erwachsenen. (Päderastie, Onanie usw.) — Das aktive Kind im religiösen Kult. — Rechtsverhältnisse des legitimen Kindes. — Vater- und sogenanntes Mutterrecht, bzw. Zugehörigkeit des Kindes bei Völkern mit Promiskuität, Gruppenehe und Polyandrie. Erklärungsversuche des sogenannten Mutterrechts. — Das Erbrecht des Kindes. — Fragmentarische Berichte über das Schicksal des Waisen- und Stiefkindes. — Das Adoptiv-, Pflege- und Ziehkind. — Das illegitime Kind. Seine sittliche Auffassung und rechtliche Stellung. — Verlobung und Verheiratung des Kindes. — Pubertätsfeste exklusive Beschneidung. — Gegenseitige Liebe zwischen Eltern und Kindern. — Hypothesen der letzten fünf Jahrzehnte über die Urgeschichte der Familie. Einschlägige Tatsachen und Mythen. — Endlich als erwünschte Anhänge: Zitate. Quellenverzeichnis in alphabetischer Ordnung. Alphabetisches Völkerverzeichnis. Zahlreiche meist gute Abbildungen im Text geben einen hübschen Überblick über Rassentypen von Kindern und illustrieren einzelne Gebräuche und Sitten aufs deutlichste.



Hirschfeld (317) versucht in seinem reichhaltigen Buche die „Naturgesetze der Liebe“ festzustellen. Als die Hauptaufgabe seines Werkes bezeichnet er selbst die Herbeibringung des Nachweises, daß der Liebende trotz seiner größeren Aktivität nicht Subjekt, sondern Objekt der Liebe sei, und daß diese ein komplizierter „Treppenreflexmechanismus“ sei, dem Hemmungsmechanismen gegenüberständen. Die Liebe, nicht nur als Einzelphänomen, sondern als Menschheitsphänomen betrachtet, habe in ihrer ersten Periode ähnlich wie bei den unter uns stehenden Lebewesen im wesentlichen den Charakter des „reinen Reflexmechanismus“ getragen. „Dann kam eine zweite Periode“, innerhalb derer wir uns jetzt noch befinden. In ihr gewannen die Hemmungsmechanismen das Übergewicht. Die Menschheit schuf sich Sexualordnungen verschiedenster Art, die in der jeweiligen Sitte und Moral ihren Ausdruck fanden. Indem diese Sexualbeschränkungen in mannigfacher Hinsicht der Naturerkenntnis ermangelten, stellten sie sich zum großen Teil als Zwangsmaßregeln und Willkürakte dar, die einen schweren Eingriff in das freie Verfügungsrecht zweier erwachsener Menschen über sich selbst bedeuten.“ So seien ganz seltsame Einrichtungen entstanden, wie u. a. das Altjungfertum und die Prostitution, und Anschauungen seien herrschend geworden, denen ungezählte Menschen zum Opfer gefallen. „In der dritten Periode endlich, deren erste Anzeichen seit einigen Jahrzehnten am fernen Horizonte sichtbar sind, wird zwischen den Reflexmechanismen und Hemmungsmechanismen das Gleichgewicht hergestellt werden.“ — Die Liebe als Einzelphänomen teilt Hirschfeld in drei Stadien ein, in das zentripetale (der „Liebeseindruck“), das zentrale (der „Liebesdrang“) und das zentrifugale (der „Liebesausdruck“). Verfasser nimmt ein besonderes Sexualzentrum an mit einem Mittelpunkt vielleicht in der Hypophyse, dessen Sättigung mit einem Sekretstoffe bei Zuführen peripherer Reize durch Zersetzung der Sekrete zu einem „Liebesrausche“ führe. Den endogenen peripheren Reiz sieht er besonders im Prostatasekrete (im „Andrin“ des Mannes). So führt Hirschfeld seine Lehre auf psychophysischer Grundlage aus, die doch noch recht hypothetisch erscheint, dadurch etwas kühn anmutet und nur erst heuristischen Wert hat. Die von ihm versuchte Gleichsetzung psychologischer und physikalisch-chemischer Vorgänge in bezug auf Wesen und Erscheinungen der Liebe ist zwar äußerst interessant, geistvoll und den Materialisten vielleicht befriedigend, bei dem heutigen Stand unserer wirklich exakten Kenntnisse aber doch wohl noch etwas verfrüht, vielleicht sogar irreführend und das Wesen der „Liebe“ auch „naturgesetzlich“ nicht erschöpfend.

Neben den schon vorhandenen großen Werken über Sexologie wird auch das von **Moll** (541) herausgegebene Handbuch der Sexualwissenschaften mit Ehren bestehen. Die Namen der Mitarbeiter, Buschan, Havelock Ellis, Weißenberg, Zieler und Seved Ribbing bürgen für seine Güte. Weißenberg bearbeitet das Kapitel: Biologie und Morphologie: Das Geschlecht mit besonderer Berücksichtigung des Genitalsystems des Menschen; Havelock Ellis im zweiten Hauptabschnitt „Die Psychologie des normalen Geschlechtstriebes“, Buschan „Das Sexuelle in der Völkerkunde“, Moll „Die sozialen Formen der sexuellen Beziehungen (Stellung der Frau, Prostitution, freie Liebe, Ehe), ferner „Die Erotik in der Literatur und Kunst“ und „Weitere Beziehungen des Sexuellen zur Kultur“. Havelock Ellis und Moll geben dann im siebenten Hauptabschnitt eine Übersicht über „Die Funktionsstörungen des Sexuallebens“ (Psychopathia sexualis; Neuropathia sexualis). Zieler behandelt die „Geschlechtskrankheiten“, Moll wiederum die „sexuelle Hygiene“. Seved Ribbing beschließt endlich das schöne Werk in einem zehnten Hauptabschnitt mit einer Abhandlung über



„sexuelle Ethik“ und einem elften über „sexuelle Aufklärung, Pädagogik und Erziehung“. Als Anhänge teilt Moll dann noch „Statistisches über die Beschäftigung von Ärztinnen“ mit und gibt die „polizeilichen Vorschriften“ für die eingeschriebenen Prostituierten in Berlin wieder. Ein eingehendes Register macht das Buch zu einem Muster von „Handbuch“ im wahrsten Sinne des Wortes. Besonders wertvoll und in dieser Beziehung alle anderen sexologischen Werke übertreffend sind die zahlreichen Abbildungen, viele von Gegenständen aus Molls eigener Sammlung, Kultur- und Sittendokumente köstlichster Art, die die Bedeutung des Sexuellen in Völkerleben und Kunst oft blitzlichtartig beleuchten. Daß bei der Fülle des behandelten Stoffes und bei der Zuteilung der Kapitel an verschiedene hervorragende Mitarbeiter natürlich auch Ansichten verfochten werden, die andere bestreiten dürften, macht das Buch nur umso anregender. In keiner Bibliothek, die die Wissenschaft vom Menschen pflegt, sollte Molls Handbuch der Sexualwissenschaften fehlen.

Moll (542) untersucht das Verhältnis der Liebe zur Freundschaft. An Micheangelo und Vittoria Colonna zeigt er, daß die Verschiedenheit des Geschlechts nicht ohne weiteres gegen ein Freundschaftsverhältnis spricht. Eine reiche Erfahrung auf dem Gebiet der Homosexualität ergibt ferner, daß die Gleichartigkeit des Geschlechts auch nicht gegen die Liebe spricht. Mit Recht hält Moll die Gehirnfunktionen bei Liebe und Freundschaft für verschieden. Die Liebe beruht auf dem Geschlechtstrieb, wenn sie auch diesem gegenüber etwas außerordentlich Verfeinertes darstellt. Bei der Freundschaft ist fast immer das ganze Geistes- und Gemütsleben beteiligt, während bei der Liebe doch die eine oder andere Eigenschaft, sei es des Körpers, sei es der Psyche, mehr ausschlaggebend ist. Die Gemeinschaft der Seelen ist bei der Liebe doch meistens weit geringer als bei der Freundschaft. Auch bei normalen Kindern treten psychosexuelle Vorgänge, ernste Liebesempfindungen in einem Alter ein, wo man sie noch für sexuell neutral hält. Immerhin gibt es viele echten Kinderfreundschaften unabhängig von allem Sexuellen. Auch bei den Tieren ist manchmal Freundschaft und sexuelle Liebe (sogar zu Tieren verschiedener Gattung) schwer zu trennen. Besondere Schwierigkeiten bieten Epochen mit übermäßigem Freundschaftskultus (Gleim-Jakobi usw.). Gleichen-Rußwurm hebt das unbedingte Vertrauen bei der Freundschaft hervor, während Mißtrauen im Wesen der Liebe begründet sei. Alle solche Angstgefühle, wie sie bei der Liebe vorliegen, fehlen bei der Freundschaft. Die alles aufwühlende Eifersucht ist ein Charakteristikum der Liebe. Freundschaft zwischen Frauen ist selten. Die Frau, mehr Geschlechtswesen als der Mann, sieht in jeder Geschlechtsgenossin noch weit mehr die Konkurrentin als dies beim Manne der Fall ist. Auch Freundschaft zwischen Mann und Weib ist selten, unter keinen Umständen aber ist ihr Bestehen ganz zu leugnen. Bestehende Homosexualität kann die Diagnose zwischen Liebe und Freundschaft im Einzelfalle sehr erschweren. Alles in allem: „Die Unterscheidung zwischen Liebe und Freundschaft läßt sich meistens nicht durch ein einzelnes Symptom herbeiführen. Genau wie in der Psychiatrie und der Medizin im allgemeinen können wir nur bei Berücksichtigung aller psychologischen und physiologischen Vorgänge in den meisten Fällen eine sichere Diagnose stellen. Immerhin werden auch Fälle übrigbleiben, wo die Diagnose nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu begründen ist.“

Lampé und **Strauß** (419) fixieren in ihrem Aufsatz die Hauptdaten dafür, daß Erkrankungen der Thyreoidea, des Thyums, der Hypophyse, die mit einer Hyper-, Hypo-, Dys- oder A-Funktion dieser Drüsen einhergehen,



stets vergesellschaftet sind 1. mit Störungen psychischer Art und 2. mit Veränderungen der Keimdrüsen.

Fürth (217) bespricht das Prof. Heymansche Buch: „Psychologie der Frauen", Heidelberg, Karl Winter, sehr anerkennend. Sie stimmt dem bei, daß die psychischen Verschiedenheiten zwischen Mann und Weib mehr graduell seien als qualitativ. Sie gibt Heyman zu, daß die Frauen durchschnittlich emotioneller seien als die Männer, das heißt: erregbarer und auf größere Unmittelbarkeit, Tiefe und Stärke des Fühlens und Empfindens eingestellt. Dafür zögen aber, sagt Heyman, auch bei ihnen stark gefühlsbetonte Motivvorstellungen häufig die ganze Aufmerksamkeit auf sich und ließen die weniger stark betonten nicht zum Wort kommen. Die Motivvorstellungen würden dann im Bewußtsein auch nicht gesondert, sondern fechten im Unbewußten ihren Kampf aus und ließen nur das Resultat ans Licht gelangen. Aus dieser unterbewußten Denkarbeit resultiere die oft so überraschende Schnelligkeit und Sicherheit der weiblichen Urteilsfindung. Und doch sei das Weib nicht genial schöpferisch; die größere Emotionalität des Weibes bedeute ja ein zwar vertieftes, aber doch auch verengtes Bewußtsein. Es fehle daher die Fähigkeit des objektiven Betrachtens von Sachverhalten mit allen Nebenumständen — die Ausbildung des Sekundärbewußtseins. Daher käme es auch, daß spontan erwachtes wissenschaftliches Interesse bei den meisten Frauen nicht standhielte. Es komme zu Enttäuschungen und Unzufriedenheit. Die Freude an der wissenschaftlichen Arbeit an sich sei dahin, nur willkürliche, oft mühselig bezwungene Aufmerksamkeit halte die Frau dann im Beruf. Fürth meint demgegenüber wohl mit Unrecht, eine künftige der Knabenausbildung gleiche Erziehung des Weibes aller Volksschichten lange Zeit hindurch möchte wohl hier ändernd wirken. Erst dann werde man entscheiden können, „ob die Frauen als ganzes gesehen, ihre Kraft in der Hauptsache für generative Zwecke verbrauchen müßten, oder ob sie auch als gleichberechtigte und gleichbegabte Kämpfer in der Arena geistigen Neuschaffens sich mit den Männern zu messen vermöchten".

Kämmerer (363) hat an 61 höhere Lehranstalten Württembergs, die eine größere Anzahl von Schülerinnen aufwiesen, Fragebogen über die Erfahrungen der Koedukation gesandt und 51 beantwortet wiederbekommen. Die Erfahrungen waren in der Mehrzahl überraschend gute. Man erfuhr u. a. folgendes: Der realistische Schultypus scheint den Mädchen mehr zuzusagen als der humanistische. Die Mädchen scheinen in den unteren und mittleren Klassen gereifter als die gleichaltrigen Knaben. In den höheren Klassen fehlt manchen Mädchen die nötige Gründlichkeit und Verstandesschärfe. In sprachlicher und formaler Bildung sind die Mädchen den Knaben überlegen; Mathematik, vor allem Geometrie lieben sie nicht. Öfter stören die Mädchen durch Schwatzhaftigkeit, sonst ist die gegenseitige Beeinflussung der Geschlechter nur gut. Der Verkehr ist ungezwungen kameradschaftlich. Es besteht eine gewisse Konkurrenz zwischen Mädchen und Knaben zum Vorteile aller. Ein schädigender Einfluß auf die Gesundheit der Mädchen war, mit einer örtlichen Ausnahme, nicht wahrzunehmen, eher das Gegenteil. „Für Zulassung der Mädchen an den Knabenschulen ist weitaus die überwiegende Mehrzahl der Lehrer, die geistlichen Kollegen mit inbegriffen." Allerdings möchten die Mädchen nicht überwiegen, denn den Charakter von Knabenschulen möchten die höheren Schulen nicht einbüßen.

Lohmann (450) propagiert eine „Sexualhilfe" für die Jugend, und zwar von der „menschlich sozialen Seite" her. Dazu ist es notwendig, daß erst einmal die Eltern über ihre Aufgabe aufgeklärt werden. Auf der Basis des



Vertrauens muß dann die Einführung des Sohnes in die soziale Bedeutung des Sexualtriebes erfolgen. Der hygienisch-prophylaktische Standpunkt muß der maßgebende sein. Ausbildung in Landerziehungsheimen wäre für die Jugend die idealste.

Stourzh (779) bemüht sich, den Wert der Fortpflanzung zu betrachten sub specie aeternitatis, ein ihn selbst offenbar erhebendes, für uns lebende, strebende und fühlende Menschen aber recht unfruchtbares Beginnen. Er nennt den „Strom blinder Lebensbejahung" den Ausfluß eines allgemeinen „Sklavensinnes" und findet heraus, daß „die Vernunft gewöhnlich bei dem Weitergeben des Daseins kein Wort dreinzureden habe, daß das Erscheinen der Nachkommenschaft nur Nebenaffekt sei des ganz gedankenlos vollzogenen Geschlechtsverkehrs". Nach seiner Meinung gipfelt die sexuelle Frage in folgender Phrase: „Wie aber, wenn das Individuum an Gott und jenseitige Entschädigung für irdisches Leid nicht glaubt, andererseits aber auch keineswegs von der Überzeugung durchdrungen ist, es habe das Leben für jeden Nachkommenden ein etwas so Köstliches in Bereitschaft, daß es sich um dessentwillen verlohne, nur immerzu von neuem Menschen aller dadurch reichlich aufgewogenen Daseinsnot auszusetzen."

Walcher jun. (816) erforschte nach Möglichkeit die Herkunft der unehelichen Kinder in der Kgl. Landeshebammenschule zu Stuttgart und fand, wie seine Tabellen ausweisen, u. a. folgendes: „Je höher in der Bildung und Begabung ein Stand steht, und je besser die Mädchen behütet sind, um so seltener werden uneheliche Kinder geboren, um so vielmal seltener tritt die Mehrschwängerung auf." . . . „Es macht manchmal den Eindruck, als ob die Mädchen sich bloß zwecks Erlangung eines gehörigen Heiratsgutes mit einem vermöglichen Mann einlassen würden. Die Juristen werden wohl hierüber noch einiges Material beischaffen können." . . . Die gelernten Arbeiter stellen mehr als die Hälfte der Väter, die ungelernten Arbeiter treten in verhältnismäßig geringer Zahl auf. . . . Die Anschauung, daß die reichen Herren die armen Mädchen ins Unglück bringen und dann sitzen lassen, ist nicht haltbar. Das Verhältnis der Kellnerinnen und verwandten Berufe zeigt sogar das Gegenteil.

Für **Sadger** (673) ist natürlich der habituelle Kopfschmerz, die Cephalaea, nur ein symbolischer Ersatz für verdrängte Sexualwünsche. Diese seine psychoanalytische Erkenntnis sucht er an einigen Beispielen zu erhärten. Er gibt dann folgendes Schema, das er fernerhin sogar noch zu vervollständigen gedenkt: „So pflegt gemeinhin bohrender oder stechender Kopfschmerz den Geschlechtsakt zu bedeuten oder Einbohren des Fingers in die Vagina (seltener in den Anus), Leere im Schädel entspricht dem Zustand nach dem Herausziehen. Reißender Schmerz, sofern er nicht einfach rheumatisch ist oder von einer individuellen Bedeutung, geht wie der ziehende auf Manipulationen am äußeren Genitale zurück. Man denke an die vulgäre Redensart „sich einen ausreißen". Nicht selten ist Kopfschmerz Deflorationssymbol oder, wenn er krampfartig, Entbindungsphantasie und Wunsch nach dem Kinde. Vereinzelter scheint mir die Vorstellung zu sein, daß im Kopfe etwas auseinandergehe, dem Öffnen der großen Labien entsprechend. Beim Kopfdruck ist genau zu scheiden, ob etwas von außen nach innen preßt (eventuell von oben herab) oder von innen heraus. Die erste Form ist so wie der „neurasthenische" Stirnreif meist auf Andrücken des Kopfes und Zärtlichkeiten geliebter Personen, die letztgenannte auf Analerotik und Defäkationslust zurückzuführen — auch Durchpressen des Kindes durch den Geburtsschlauch kommt bisweilen in Betracht (Paul Federn) —, der Druck von oben auf den gewünschten oder phantasierten Geschlechtsakt. Sehr

häufig sind ferner unterschiedliche Kopfschmerzarten miteinander kombiniert, und endlich kann auch eine sicher organisch oder chemisch bedingte Form, wie das angezogene Beispiel von Migräne erweist, noch eine sexuelle Besetzung erfahren, die unter Umständen zur Hauptsache wird oder das in der Regel auslösende Motiv.

Warum wird nun der Schädel am häufigsten von allen Körperteilen zur Sexualsymbolik herangezogen? „Kopfschmerz zu haben ist sozusagen ein anständiges, beinahe vornehmes Leiden, kein Mensch denkt dabei an Sexuelles. Außerdem werde der Kopf „nicht verhüllt", die Wölbung des Schädels wie der Waugen lasse an die — Hinterbacken denken. Die Schläfeneinsenkungen würden leicht der Vulva gleichgesetzt, der durch Kopfschmerz gerötete und erhitzte, schwitzende Kopf ersetze einfach das erigierte Membrum, der Ausbruch von Schweiß die Ejakulation!" „Wo ein Kopfschmerz jeglicher Behandlung trotzt, immer wiederkehrt, soll man nach einer sexual-symbolischen Bedeutung forschen, selbst wenn organische oder chemische Störungen nachweisbar sind." „Psychoanalyse" vermöge dann zu helfen!

Haut, Schleimhaut, die willkürliche und vielleicht noch mehr die glatte Muskulatur sind nach **Sadger** (672) die erogenen Zonen vor allem der Kindheit, später wieder der Involution. Die meist durch das ganze Leben hindurch infantil gebliebene Sexualität der Neurotiker zeige deshalb auch besonders viele Störungen des Hautsinnes. Das viele Waschen lüsterner Völker oder Menschen bezwecke im Grunde eine sexuelle Bereitschaft durch Durchtränkung der Haut- und Schleimhautübergänge. Zwangsmäßige Reinlichkeit deute auf unterdrückte Masturbation. Bei Licht-, Luft- und Sonnenbädern spreche auch die Exhibitionslust kräftig mit. Die stets wachsenden Naturheilvereine seien Vereine der Hauterotiker. Herzneurotiker litten meist an unbefriedigter Libido und steter frustraner Erhitzung. Wie Wärme, Licht und Kälte wirke auch Streicheln (Haut) und Körpermassage (Muskeln) erotisch. Die intimste Beziehung zum Sexuellen zeige das Kitzelgefühl, das den Orgasmus des Lachkrampfs und der Harnentleerung hervorbringen könne. Die (schützende) Kitzlichkeit lasse beim Weibe gewöhnlich bedeutend nach nach den Erfahrungen des ersten Koitus. Das Lachen und Kichern der jungen Mädchen in der Pubertätszeit sei „Muskelerotik". Sogar Sensationen von der Nase durch Larynx und Pharynx, ja sogar Asthmaanfälle, Anginen ohne deutlichen Befund, Keuchhusten usw. rechnet Sadger zu besagter Erotik. Die Engegefühle seien verkappte Phallusphantasien. „Die Schwellung am Halse (einer Psychoanalysierten) außen — bei Rötung innen — bedeutet wohl ein erigiertes Glied . . ., und die weißen Tupfen sollen Sperma (!?!) vorstellen, natürlich unbeschadet der häufigen Infektion auf Grund der besonderen Halserotik." Verf. bespricht dann noch das nervöse Hautjucken mit seinem orgiastischen Kratzreiz, das Nägelkauen, Selbstepililieren, Fingerlutschen, die durch Masturbation und Menstruation beförderte Akne und andere Dermatosen, vor allem aber die hysterischen Stigmata als Zustandsbilder der Hautmuskelerotik. Die Stigmata seien in der Mehrzahl Produkte einer unbewußten Suggestion, und zwar meist der ärztlichen; das Wesen der Suggestion und des Hypnotismus sei ja Verliebtheit, Verliebtheit in den Arzt oder jeweils Einwirkenden. Durch Schreck werde auch eine große Quantität Libido entbunden, auch beim Schreck infolge eines Traumas, so berühre sich traumatische Neurose und Erotik. Der Kampf um die Rente sei der Kampf eines immer mehr neurotisch Werdenden, der für seine akute große Libido keine Anknüpfung finden könne und seine Rechtsansprüche abringen müßte (!). Das Wesen der Hypochondrie sei nichts anderes als Verliebtheit in das eigene Leiden.

Psychoanalyse könne hier manchmal Heilung schaffen, wenn die Liebe auf den behandelnden Arzt übertragen würde und deshalb seine Suggestionen Annahme fänden; so lösten sich z. B. durch Verdrängung der Libido auf den Weg der Fühllosigkeit entstandene dauernde Streck- und Beugekontrakturen. Der Orgasmus, an sich auch nur ein Muskelkrampf, könne ersetzt werden durch allerhand Kontraktionsgefühle in Nase, Augen und Ohren (Flimmern, Mouches, Klingen, Pfeifen, Jucken in den Ohren usw.) Muskelerotik verrate sich im Ringen und Rennen der Schuljugend, in der Lust am Tanzen, ja am Weinen und Heulen; eine Neurose der Muskelerotik sei der Tik. Gewöhnlich sei Muskelerotik Autoerotik. „Die Reinheitsgloriole, die so viele junge Mädchen umgibt, beruht auf dem Fehlen der genitalen Sinnlichkeit trotz aller Stärke ihrer Haut-, Schleimhaut- und Muskelerotik.“ Sadgern scheint auch der intellektuelle Fortschritt und damit die Kultur von der Steigerung der Sexualität abhängig und gerade die Haut- und Muskelerotik sei am aller vorteilhaftesten, da sie viel höher potenzierbar und intensiver zu stauen sei als die gemeine genitale. Bezeichnend sei auch, daß die Frauen mit ihrer meist so viel stärkeren Extragenitalerotik sich zur Kinderpflege besonders eigneten, weil jene dabei am besten auf ihre Rechnung käme. An drei Fällen seiner „psychoanalytischen Praxis“ versucht dann Sadger seine wie immer interessanten aber ausschweifenden Sätze über extragenitale Erotik zu beleuchten. Es ist dabei sicher vieles Autosuggestion sowohl des Arztes wie der Patienten.

Traumdeutung Freudscher Art und Mythenforschung ergänzen sich nach der Meinung **Storfer**'s (776). Auch die Märchen repräsentierten die verkappte Realisierung eines Wunsches, und zwar oft eines sexuellen Wunsches. Der Mythus oder das Märchen, dessen Held Rätsel zu lösen hat, sei der Examens(angst)traum eines Volkes, also nach Freud sexueller Provenienz. Das „große Schwert“ des armen, aber von der Prinzessin erkorenen Helden bedeute das Organ seiner sexuellen Tüchtigkeit, der „Schuh“ des Aschenbrödels sei das Symbol ihrer verborgensten sexuellen Reize. Anderes in diesen Märchen deute auf den prähistorischen Konflikt zwischen Vater- und Mutterrecht und die „Flucht der Mutterrechtsidee“ in den Mythus, in das Märchen hin. So bestände überall System und überall unterbewußter Zusammenhang.

Bossi hatte (Zentralblatt für Gynäkologie 1911 Nr. 36) behauptet, daß selbst leichtere Alterationen des weiblichen Genitalapparates zu gewissen Momenten vorübergehender Unzurechnungsfähigkeit den Selbstmord veranlassen könnten. „Nicht weniger als die Hälfte der Selbstmorde sind bei Frauen gynäkologischen Ursprungs.“ Er glaubt dies der Intoxikation zuschreiben zu sollen, welche die Endometritis in dem ganzen Organismus auslöse. Durch Vornahme einer entsprechenden Operation behauptet Bossi, die Manie zum Selbstmord beseitigen zu können. **Siemerling** (734) weist die Behauptungen Bossi's energisch zurück; die von Bossi angeführten Fälle seien nicht geeignet, den ursächlichen Zusammenhang zwischen gynäkologischen Läsionen und Neurosen bzw. Psychosen zu beweisen. Seine Behandlung habe höchstens den Wert einer Suggestivbehandlung bei Hysterischen. Die Manie zum Selbstmord stelle sich auch in Bossi's Fällen, wie es sonst auch zu sein pflege, als Symptom einer schweren Neurose oder Psychose dar. „Nicht die Gynäkologie hat ihren Einzug in die Irrenanstalten gehalten, sondern die Psychiatrie hat ihren Weg gefunden und sich Bürgerrechte erworben bei der Gynäkologie und der gesamten übrigen Medizin“, schließt Siemerling gegen Bossi und dessen Mitstreiter B. S. Schultze.

Ein ausgezeichnetes Buch über Diagnose, Prognose und Therapie der Masturbation. Nicht nur Laien, auch Pädagogen und Ärzte können aus **Rohleder**'s (655) Buch viel lernen.

Wilhelm (840) behandelt 1. die strafrechtliche Bedeutung des ärztlichen Rates zum außerehelichen Geschlechtsverkehr, 2. die zivilrechtliche Bedeutung, 3. den ärztlichen Rat zum außerehelichen Geschlechtsverkehr aus diagnostischen Gründen.

Mehl (515) berichtet über eine rein erdichtete schwere sexuelle Verdächtigung eines Mannes durch ein schwachbegabtes, geistig zurückgebliebenes und „verschmitztes" 13jähriges Schulmädchen. Einstellung des Verfahrens gegen den Angeschuldigten.

Marschall (496) stellt auf Grund einer ausgedehnten Münchener Statistik fest, daß von 560 wegen Beleidigung angeklagten Personen 46,4 % weiblich waren, ein enormer Prozentsatz gegenüber der sonstigen weiblichen Kriminalität. Besonders taten sich die Frauen mit sexuellen Beleidigungen bis zu den unflätigsten Ausdrücken hervor. Für die Charakterisierung des Unsoliden allein fanden sich 50 verschiedene Ausdrücke. Meist handelte es sich um ungebildete oder minder gebildete Volksschichten. Marschall findet die Gründe für diese Art Kriminalität darin, daß die Frau eben weit mehr Geschlechswesen sei als der Mann, sie beurteile Geschlechtsgenossinnen vor allem nach deren sexuellem Wert und werde von Dritten nach ihrem sexuellen Wert geschätzt. Dazu komme die oft vorhandene große Erregbarkeit (H. Groß macht im Anschluß an diese Feststellung auf die Perioden der Menstruation aufmerksam) und ein gewisser Mangel an Zurückhaltung und Selbstzucht. Vor Gericht werde dann meist geleugnet, und die große Mehrzahl der Beleidigungen stelle sich dort als grundlos heraus, als rein im Affekt herausgesprudelt. Was die Beleidigungen nicht sexueller Natur betrifft, so überwiegt bei den Frauen ungemein der Vorwurf des Diebstahls (Ideenkreis: Häuslichkeit — Eigentum), während beim Manne der Vorwurf unsozialen Gebarens in den Vordergrund tritt — (politische Prozesse!) Männer wurden von Frauen weniger sexuell beschimpft, als die Frauen unter sich es tun, wenn aber, dann wurden verhältnismäßig häufig homosexuelle Bezeichnungen gewählt (u. a. Arschficker, Eulenburgianer).

Nach **Porosz** (616) geben die Traumbilder, die die sogenannten physiologischen Pollutionen begleiten, gewöhnlich das Bild eines Koitus normalen Verlaufes und von normaler Dauer. Sehr oft fehlen auch in dem Bilde nicht die im gewöhnlichen Leben vorkommenden Vorbereitungen, Überredungskünste, ja sogar auch die Überwindung des Widerstandes. Fehlt ein Glied dieses Traumes oder gar der ganze Traum, so deutet dies nach Porosz auf die Krankheit der Prostataatonie in ihren verschieden hohen Graden. „Der körperliche Zustand bestimmt sozusagen von vornherein die Rahmen des Traumbildes." — „Wenn das Pollutionstraumbild einen Koitus normalen Verlaufs und normaler Dauer betrifft, da ist nicht Prostataatonie die Ursache. Denn nicht die sexuellen Träume sind an den häufigen Pollutionen schuld, sie sind nur die Begleiterscheinungen, so wie die hochgradige Erregung vor dem Koitus an der raschen Ejakulation nicht schuld ist, sondern ein Symptom der Prostataatonie ist. Die unmittelbare Ursache ist in beiden Fällen die gesteigerte, leicht auslösbare Libido. Wenn wir einige sexuelle Träume analysieren, können wir den sexuellen Zustand unserer Patienten vollkommen kennen lernen."

Manche onanistische Vorgänge stehen nach **Porosz** (617) hart an der Grenze der Tagespollutionen. Nur eine exakte Definition kann die zwei verschiedenen und doch naheliegenden Erscheinungen voneinander distin-



guieren. Die Definition lautet: Die Tagespollution ist eine unwillkürliche Ejakulation, welche ohne sexuelle Beziehung, ohne sexuellen Zweck, im wachen Zustande unerwartet, spontan eintritt. In den meisten Fällen bedingt sie auch keine Erektion. Sie kommt zustande, wenn eine psychische Erregung fortwährend einen größeren Teil des Nervensystems angreift, und so werden auch die Genitalzentren, besonders die Ejakulationszentren mit in Erregung gesetzt, dessen Folge der Samenerguß ist. Beängstigungen bei schriftlichen Schulaufgaben, Eile bei Prüfungen, die Furcht bei Turnübungen, Stangenklettern ohne den Penis zu berühren usw., bieten dazu die Gelegenheiten. Eine mitgeteilte Kasuistik erwähnt auch Fälle, wo Stuhldrang, auch ohne Diarrhöe, Einwicklung in ein kaltnasses Leintuch (Wasserkur), also somatische Einwirkungen, zu psychischer Erregung Gelegenheit geboten haben. Außerdem waren das Durchdrängen bei einem Tumult, Verlust beim Kartenspiel, Streit mit den Eltern, Furcht vor Verspätung beim Spiel im Theaterorchester, Aufregung im Geschäfte beim Handeln mit den Kunden, Ejakulation hervorrufende Ursachen. Diese Fälle zeigen deutlich, daß der Ausgangspunkt die Zentren waren.

Doch war in allen diesen und ähnlichen Fällen eine Atonie der Prostata zu konstatieren. Deshalb ist es angezeigt, in Fällen von Tagespollutionen an die Prostata zu denken. Ist sie atonisch, so soll sie mit dem faradischem Strome tonisiert werden, nebst einer Behandlung der Nerven, denn nur beides zusammen führt zur Heilung; ohne Behandlung der Prostata kehrt das Leiden wieder. (*Autoreferat.*)

Nach **Marcuse** (482) ist in zirka 50% der Fälle der Mann an der Unfruchtbarkeit des ehelichen Verkehrs schuld, entweder durch Sterilität des Samens oder durch Unfähigkeit zur Vollziehung des Geschlechtsaktes, ersteres in zirka 90% der Fälle, letzteres in zirka 10%. Die krankhafte Beschaffenheit der Samenflüssigkeit bedinge die Sterilität im eigentlichen Sinne des Wortes; sie verrate sich dem Arzt an dem dauernden Fehlen oder der Bewegungslosigkeit oder wenigstens mangelhaften Bewegung der Spermatozoen unter dem Mikroskop. Die häufigste Ursache für Azoospermie sei Verschluß der Samenwege nach doppelseitiger gonorrhoischer Nebenhodenentzündung, die Nekro- bzw. Asthenospermie, die gonorrhoische Prostataentzündung. Daneben spielten hauptsächlich noch chronischer Alkoholismus, Syphilis und Tuberkulose ihre die Hoden schädigende Rolle.

Der Anfang aller Wissenschaft ist der Volksglaube, und das älteste, volkstümlichste und in ethnologischem Sinne universalste aller Probleme des Ideenkreises, der sich mit den elementarsten Äußerungen des Lebens befaßt, ist das „Versehen der Schwangeren", sagt **Kahn** (360). Er versucht nachzuweisen, daß der Glaube an das Versehen gerade bei allen den Völkern der Erde bekannt sei, die einst aus Asien auswanderten oder von asiatischen Völkern ihre Kultur empfingen, und führt dafür eine große Reihe literarischer Belege aus Geschichte und Völkerkunde und Dichtung an. Er meint, daß die Verbreitung und Unausrottbarkeit dieser Idee als eine zwar nicht beweisende, aber eminent überzeugungskräftige deduktive Bestätigung des wissenschaftlich induktiven Verfahrens gelten könne, welche, wie er glaubt, der Lehre von dem Versehen, der Kallipädie und dem Einfluß der rein psychischen Vorstellung auf körperliche Eigenschaften des Fötus (Goethes „Wahlverwandtschaften") neuerdings wieder Daseinsberechtigung gegeben hätte.

Oberholzer (585) will durch einige Beispiele den Zusammenhang zwischen Eigentumsdelikten und Sexualität illustrieren. Gar nicht so selten ständen triebartige Handlungen in Beziehung zu geschlechtlichen Vorgängen (Fälle von krankhafter Kauflust oder Sammelwut für ganz wertlose Dinge, oder



auch Fälle, in denen die Überwindung der Gefahr bei der Verübung eines Diebstahls geradezu wollüstige Erregungen verursachte). Erotische Motive fände man auch bei vielen Brandstiftungen jugendlicher Individuen beiderlei Geschlechts. Oberholzers eigene Beobachtungen sind noch dadurch interessant, daß in seinen beiden Fällen — es handelt sich um schwer sexual-pathologische Individuen mit frühreifem, zeitweise nicht zu bewältigendem und perversem, im zweiten Falle sogar invertiertem und ausnahmslos auf Minderjährige gerichtetem Geschlechtstrieb — auf Wunsch der Betreffenden die Kastration vorgenommen wurde, wonach der Geschlechtstrieb abnahm, ja erlosch, und damit auch die Delikte aufhörten. Verf. erwähnt dann noch ähnliche Fälle aus der Literatur, die aber den guten Erfolg einer Kastration sehr dahingestellt sein lassen.

Moerchen (539) spricht von einer Mesalliance da, wo ein wesentlicher Unterschied in der sozialen Stellung der Eheschließenden besteht. Erhebliche Unterschiede zwischen Alter, Bildung, sozialer Stellung, Charakter, materieller Lage der beiden Gatten können eine eheliche Verbindung „auffallend", „unerhört", „unvernünftig" erscheinen lassen. Aber in allen diesen Fällen, die ja nicht selten dem Psychiater vorgetragen werden, wird nur mit größter Vorsicht die Vermutung aufzustellen sein, daß etwa bei einem der Partner geistige Abnormität vorliege. Oft sind sexuelle Motive mitbestimmend, die absolut keine Symptome geistiger Störung zu sein brauchen. Natürlich kommen auch viele Mesalliancen vor, die in geistiger Störung des einen Teils ihr einzig mögliche Erklärung finden müssen. Verf. nennt vor allem die progressive Paralyse und den Altersschwachsinn (das Heiraten der Haushälterin oder des Dienstmädchens seitens alter Herren), dann das manisch-depressive Irresein, den angeborenen Schwachsinn, das Entartungsirresein und die Minderwertigkeit, vor allem das Verharren auf einer kindlichen Entwicklungsstufe der Gesamtpersönlichkeit bei völliger sexueller Reife. Solche Defektmenschen werden oft von raffinierten Personen des anderen Geschlechts aus Gründen der Selbstsucht zu Mesalliancen bestimmt. Die rechtlichen Folgen können oft ungeheuer sein. Solchen Mesalliancen vorzubeugen, ist eine wichtige Aufgabe der Hausärzte und etwa zu Rate gezogener Psychiater. Gerade diesen Fällen gegenüber dürfte eine Entmündigung rechtlich nicht erschwert werden.

Nach **Ratner** (634) zerfällt die sexuelle Frage in folgende Unterfragen:

a) Die Ehe und die Geburtenziffer;
b) Die wachsende Ehelosigkeit;
c) Das Prostitutionswesen und der außereheliche Geschlechtsverkehr;
d) Perversität und Sexualität;
e) Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten;
f) Mutterschutz.

Auch das Altertum hat sich mit diesen Fragen beschäftigt. Am meisten ausgeprägt findet man aber diese Probleme schon seit uralten Zeiten in der biblischen und nachbiblischen Literatur. Verf. gibt in der Reihenfolge seiner Unterabteilungen interessante Beispiele hierfür und zeigt, wie tief das sexuale Problem in allen seinen Punkten hier aufgefaßt und wie erschöpfend es seiner rationellen Lösung — zur Stärkung und Erhaltung der Nation — entgegengeführt wurde.

Marcuse (484) unterscheidet in der alten Geschichte des jüdischen Volkes mit von Reitzenstein folgende Perioden: 1. Zeit des bedingungslosen Konnubiums der Hebräer, eines aramäisch-kanaanitischen Mischvolkes; 2. die Israeliten scheiden sich aus den Hebräern als Jahveanhänger aus: Zeit des bedingten Konnubiums, 3. Zeit des absolut verbotenen Konnubiums



vom Exil ab: Übergang des Jahvekultus auf ein Völkergemisch alaradischer Herkunft — Juden —. Erst von der letzten Periode an kann man also die Inzucht als Charakteristikum für das Leben und Schicksal der Juden ansprechen. Ihre Entwicklung vorher verdanken sie aber weitgehendsten Vermischungen. Heute wächst nicht nur in Deutschland, sondern auch im übrigen Europa die Zahl der christlich-jüdischen Mischehen ständig, dasselbe läßt sich für Australien und Amerika nachweisen. Berücksichtigt man gar noch die illegitimen Verbindungen, dann wären die Juden wahrscheinlich schon aufgesaugt, wenn nicht immer wieder unerwünschter neuer jüdischer Zuzug von Osten ins Reich käme. Die Zunahme der Mischehe ist die wichtigste Äußerung des fortschreitenden Assimilationsprozesses. Der geistigen Assimilierung folgt schon die physische, die ihrerseits wieder die geistige „Anähnelung" schließlich bis zur „Angleichung" fördern muß, trotzdem erfahrungsgemäß noch in der späten Nachkommenschaft aus Mischehen gelegentlich Rückschläge auf einen jüdischen Typus früherer Generationen eintreten. Die religiösen Fesseln sind zerrissen, die alte Autorität weicht der Selbstbestimmung. Die statistisch festgestellte Häufigkeit der Scheidung christlich-jüdischer Mischehen beruht nicht auf dem Unglück dieser Ehen, sondern auf dem hohen Unabhängigkeitssinn und der Vorurteilslosigkeit der Eheschließenden, ist überdies eine allgemeine „Großstadterscheinung". Erwiesen ist aber noch, daß die Zahl der Kinder aus der Gesamtheit der Mischehen viel geringer ist, als die aus rein christlichen und rein jüdischen Ehen, ferner daß auch mehr Mischehen als andere Ehen kinderlos sind. Dies beruht wohl vor allem auf reichlicher Anwendung von Prohibitivmaßnahmen. Ähnliches beobachtet man in katholisch-protestantischen Mischehen. Mischehen-Eingehende haben eben meist die Bindung an die Vorschriften der Konfession abgeworfen und damit die Scheu vor Prohibitivmaßnahmen verloren. Verf. zählt noch andere Gründe für die Kinderarmut auf, auf die hier einzugehen zu weit führen würde. Die Kinder aus Mischehen sollen hochbegabt, schön, aber oft desäquilibriert sein; letzteres sei nicht immer ein Fehler; denn einseitige Höchstleistungen machten das Genie, einseitige Begabungen die Träger der Kultur. Durch Assimilation sind die Juden des Westens also unweigerlich dem Tode geweiht. Störend für die Assimilation wirkt aber immer wieder der jüdische Zufluß aus dem Osten, ein Zufluß von Leuten, die von den westlichen Juden, von der westlichen Zivilisation himmelweit verschieden sind. Deshalb kommt Marcuse zu der kategorischen Forderung: „Das Wohl der deutschen Bürger, der christlichen wie der jüdischen verlangt, die Einwanderung der ausländischen Juden aus dem Osten zu beschränken." „Das ist nicht eine antisemitische, sondern eine deutsche, eine Kulturforderung." Die Sexualität werde dann durch Vereinigung des Blutes den neuen Menschen bilden, und so werde das jüdische Problem kein Problem mehr sein.

Um über die Wirksamkeit des nach innen sezernierten Keimsaftes Klarheit zu gewinnen, ist es vor allem nötig, sorgsam die Ausfallserscheinungen an Personen zu studieren, bei denen diese Absonderung künstlich ausgeschaltet ist. Deshalb nahm **Hirschfeld** (315) Gelegenheit, zwei Gruppen solcher Menschen näher kennen zu lernen, die Lipowaner in Bukarest und die Eunuchen in Konstantinopel. Verf. schildert eingehend die körperlichen und psychischen Symptome, die bei diesen Personen in die Augen fallen. Auch er fand, daß nicht ganz jung Kastrierte noch Geschlechtstrieb fühlten, wenn auch die Hoden radikal entfernt seien. Deshalb nimmt er an, daß also nicht der Hodenextrakt selbst, auch nicht die interstitiellen Leydigschen Zellen des testikulären Gewebes das Agens sein könnte, das im Blute zirkuliere und



als Organreiz wirkte, sondern daß die in den Hodenkanälchen und Samenbläschen befindlichen Spermatozoen erst reflektorisch die Saftproduktion und „Sekretion“ der Prostata und verwandter Drüsen, die zugleich Träger der innersekretorischen Stoffe seien, anrege. Die chemische Substanz, welche die im Sexualzentrum ruhenden Kräfte lebendig mache, stamme also nicht direkt aus den Keimdrüsen und sei nicht unbedingt und unmittelbar an ihr Vorhandensein und ihre Tätigkeit gebunden. Der libidinöse Stoff, den er „Andrin“ nennt beim Manne — „Gynäzin“ beim Weibe (auch nicht direkt vom Ovarium, sondern von den Bartholinischen und Zervikaldrüsen sezerniert) —, sei auch bei Fehlen oder Nichtfunktionieren der Keimgewebe vorhanden, wenn auch in wesentlich schwächeren Portionen. Qualitativ seien die betr. Reizstoffe beim Manne und der Frau wohl wenig oder gar nicht verschieden, anscheinend aber quantitativ. (Beim Weibe geringer.) Die Produktion der weiblichen Reizsubstanz werde wohl besonders angeregt durch Überimpfung von Andrin mit dem Sperma beim ersten Koitus. Es sei also nicht von der Hand zu weisen, daß der erste Beischläfer eines Weibes es „imprägniere“. So bringe eine reinrassige Stute, zuerst von einem nicht reinrassigem Hengst gedeckt, niemals wieder ein Vollblut hervor. So erwecke auch das „Andrin“ schlummernde Kräfte des Weibes (z. B. auch der weiblichen Blutarmut gegenüber). „Andrin wirkt besser als Arsen!“

„Sowohl den Schein der Wirklichkeit wie das wirkliche Sein des Geschlechtslebens der verschiedenen Klassen im bürgerlichen Zeitalter zu demonstrieren, wird den Rahmen und den Inhalt dieses Bandes abgeben“, sagt **Fuchs** (213) in dem abschließenden dritten Bande seines großartigen Werkes, der „Illustrierten Sittengeschichte“. Wenn an schier unerschöpflichem Material der Verf. das bürgerliche Zeitalter mit seinem Widerspruch von „Idee und Praxis“, seiner „Moralheuchelei“ schildert, den „physischen Menschen“ des Maschinenzeitalters beschreibt, das „bürgerliche Kostüm“ unter die Lupe seiner Kritik nimmt, die „Liebe und Ehe“, die „Liebe im Stücklohn“ (Prostitution, Zuhälter, Bordell, Sittenpolizei usw.) in ihrem Zusammenhang mit dem Kapitalismus darstellt, den „bürgerlichen Vergnügungskalender“ von der geselligen Unterhaltung über Wirtshaus, Flirt, Spiel und Sport, Schiebetanz bis zum Tingeltangel und Kinematographentheater durchgeht und endlich die Großmacht „Presse und Reklame mit allen ihren Auswüchsen (Sensation, kupplerisches Inserat usw.) würdigt, um endlich doch zu dem Schluß zu kommen: „Die öffentliche und private Sittlichkeit ist heute eine unendlich freiere als zu allen früheren Zeiten“ …, so wird man schon aus dieser knappen Inhaltsangabe ersehen, welche Fundgrube dem Kriminalanthropologen vor allem in diesem Bande des Fuchsschen Werkes wieder gegeben ist. Die vorzüglichen Abbildungen des Werkes sind aktueller wie die der früheren Bände und zugleich auch raffinierter in ihrer Erfindung. Es ist ihnen gegenüber um so erhebender, wenn ein so scharfer Kritiker dieser Kulturdokumente wie Fuchs sein Werk schließen kann mit den von ihm im vorherigen wohlbegründeten Worten: „Angesichts dieser Erkenntnis können wir mit dem stolzen Selbstbewußtsein schließen: So peinlich auch die Farben des Gemäldes sind, das eine rückhaltlose Schilderung der sittlichen Zustände der Gegenwart enthüllt — und die der Heuchelei sind es wahrlich nicht weniger als die des verheimlichten Tuns —, trotzdem geht der Weg der Menschheit mit Riesenschritten nach vorwärts und nach oben.“

Hyperthelie oder Hypermastie wurde entweder erklärt als Folge rein pathologischer Vorgänge oder als Rückschlag auf mehrbrüstige Vorfahrenformen. **Breßlau** (81) prüft diese Frage an den sehr interessanten Entwicklungsverhältnissen des Eichhörnchens (Sciurus vulg L.), bei dem man



doppelte Anlagen der Zitzenreihen jederseits, doppelte „Milchlinien“ konstatiert haben wollte. Verf. stellt fest, daß aus diesen akzessorischen Bildungen beim Eichhörnchen nicht Mammae, sondern sog. „Sinushaare“ hervorgehen. Hier handelt es sich also direkt um Abspaltung und Verlagerung von Teilen der Mammaranlagen. Wenn also auch in den meisten Fällen von Hypermastie Rückbildungserscheinungen vorliegen, so darf man, wie das Eichhörnchenbeispiel zeigt, doch nicht ohne weiteres alle hyperthelial erscheinenden Anlagen auf Mammarorganrudimente beziehen, es kann sich auch um die Anfänge neuer Bildungen handeln, um tatsächlich progressive Bildungen.

Im fruchtbaren Indonesien hat sich noch die althergebrachte einfache Lebensform erhalten. Es fehlen dort höhere Bedürfnisse und damit äußere Nahrungsnot und Unruhe. Je geringer aber der Aufwand an Zeit und Mühe ist, dessen der Mensch bedarf, um seinen Nahrungstrieb zu befriedigen, desto elementarer pflegt sein Geschlechtstrieb sich geltend zu machen, sagt **Berkusky** (54), sofern nicht innere oder äußere Hemmungen seiner Betätigung Schranken auferlegen. Verf. zeigt, daß es auch bei den primitivsten Stämmen Indonesiens nicht an solchen Schranken fehlt. Die Grenzen sind aber so weit, daß jedes geschlechtsreife Individuum auch außerhalb der Ehe seine sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen vermag. Bei zahlreichen Stämmen ist der voreheliche Geschlechtsverkehr nicht nur erlaubt, sondern er gilt als etwas ganz selbstverständliches; je mehr galante Abenteurer eine Frau vor ihrer Ehe gehabt hat, desto höher steht sie in der Achtung ihres Mannes, denn, so sagt ein Sprichwort der Batak in Nordsumatra: „es ist kein leckerer Kuchen, auf dem sich nicht eine einzige Fliege setzt.“ Die Frauen sind dann zu strenger ehelicher Treue verpflichtet. Mancherorts ist in Indonesien die Ehe aber nur erst eine Probeehe. Wo der Islam festen Fuß gefaßt hat, wird aber auch das Mädchen schon unter strenger Aufsicht gehalten. Interessant ist es, daß es in einigen Gegenden Borneos auch männliche Prostituierte, „basirs“ gibt, homosexuell veranlagte Männer, die sich weiblich kleiden und sich gegen Bezahlung andern Männern hingeben. In den Männerhäusern in der Landschaft Atjeh auf Nordsumatra ist homosexueller Verkehr äußerst im Schwunge. Aber auch echte Transvestiten gibt es, von Unglück und Krankheit verfolgte Männer ohne homosexuelle Gefühle, die sich nur deshalb wie Frauen kleiden und benehmen, weil sie naiverweise glauben, in dieser Verkleidung von den sie verfolgenden bösen Geistern nicht mehr erkannt und aufgefunden zu werden. Verf. beschreibt dann noch Phallusfeste und Orgien mit allgemeiner Vermischung auch der Eheleute.

Freud (205) will den Versuch wagen: „was in der Völkerpsychologie dunkel oder zweifelhaft geblieben ist, durch die Einsichten der Psychoanalyse aufzuhellen“. Habe doch schon Jung festgestellt, daß die Phantasiebildungen gewisser Geisteskranker (Dem. praecox) in auffälligster Weise mit den mythologischen Kosmogenien alter Völker zusammenstimmten. Der Geisteskranke und der Neurotiker rücke damit in die Nähe des Primitivmenschen. Am Beispiele der wilden Australier sucht nun Freud sog. „psychoanalytisch“ dem psychologischen Urgrund der Inzestscheu nahezukommen. Er geht vom System des Totemismus aus: Mitglieder desselben Totems dürfen nicht heiraten, also Heiratsverbot auch einer Anzahl nicht blutsverwandter Frauen gegenüber, zuerst nur ein angemessenes Mittel zur Verhütung des Gruppeninzestes, das dann fixiert wurde, auch als der Zweck vergessen worden. Alles in allem glaubt Verf. in der Inzestscheu der Wilden einen exquisit infantilen Zug nachweisen zu können und „eine auffällige Übereinstimmung mit dem seelischen Leben des Neurotikers“. Er sagt: „Die Psychoanalyse hat uns



gelehrt, daß die erste sexuelle Objektwahl des Knaben eine inzestuöse ist(!), den verpönten Objekten, Mutter und Schwester, gilt, und hat uns auch die Wege kennen gelehrt, auf denen sich der Heranwachsende von der Anziehung des Inzestes frei macht. Der Neurotiker repräsentiert uns aber regelmäßig ein Stück des psychischen Infantilismus, er hat es entweder nicht vermocht, sich von den kindlichen Verhältnissen der Psychosexualität zu befreien, oder ist zu ihnen zurückgekehrt (Entwicklungshemmung und Regression). In seinem unbewußten Seelenleben spielen darum noch immer und wiederum die inzestuösen Fixierungen der Libido eine Hauptrolle. Wir sind dahingekommen, das vom Inzestverlangen beherrschte Verhältnis zu den Eltern für den Kernkomplex der Neurose zu erklären." Die Ablehnung dieser seiner Lehre sei wohl vor allem ein Produkt der tiefen Abneigung des Menschen gegen seine einstigen, seither der Verdrängung verfallenen Inzestwünsche.

Im alten Ägypten wurde nach **Lipa Bey** (439) jedes Jahr unter großer Feier dem Vater Nil das schönste Mädchen des Reiches als jungfräuliche Braut geopfert, nur dann brachte der Nil Fruchtbarkeit und bewässerte das weite Land: ein interessanter Beweis für die Symbolerotik im Pharaonenlande.

Nach **Graßmann** (242) haben heute sexuelle Verirrungen (vor allem Onanie) und sexuelle Erkrankungen auch die Jugend in großem Maße erfaßt. Als Gegenmittel werde rechtzeitige Aufklärung der jungen Leute über das menschliche Geschlechtsleben empfohlen. Verf. stellt sich nun die Frage: „In welchem Umfange ist die systematische Vermittlung einer frühzeitigen Einsicht in sexuelle Gebiete und Beziehungen des Menschen überhaupt ein wirksames Mittel, gesündere Zustände in dieser Hinsicht herzustellen." Er antwortet: „Die Wirkung der sexuellen Aufklärung an sich und ihrem jetzt angestrebten Umfang ist etwas durchaus Problematisches, für den beabsichtigten Kampf aber ein hölzernes Schwert. Nur unter individuell günstigen Umständen ist sie wirklich eine prophylaktisch wirkende Macht." Die Schule könne nicht eingehend individualisieren, könne also mit ihrer schematischen Aufklärung oft mehr Schaden als Nutzen stiften. Es sei also dieses Erziehungsgebiet Sache des Hauses, der Familie, denn die relativ beste Lösung könne nur liegen in der bestmöglichen Individualisierung. Dazu müßten aber die Eltern selbst erst meist besser unterrichtet sein. Die Wirksamkeit der Aufklärung der Jugend über drohende Geschlechtskrankheiten usw. dürfe man nicht zu hoch einschätzen. Die Erziehung des Willens zur Willensstärke sei die Hauptsache. Sittlich verderblich wirkende Schüler seien von der Erziehungsgemeinschaft rücksichtslos abzustoßen. Vorträge über das sexuelle Gebiet für Schüler seien am besten zuerst vor den Eltern zu halten, dann erst vor den Schülern.

„Sexualgespenster" sieht die Freudsche Schule allenthalben, so auch **Häberlin** (261), der allerdings seine Überschrift etwas anders meint. Er sagt über den Zweck seines Aufsatzes: „Es ließe sich heute schon allerlei sagen über die Beziehung zwischen Sexualität und allen möglichen Formen der „Geisterseherei" und des sogenannten(!) Aberglaubens. Ich möchte indessen hier nur einen einzelnen, verhältnismäßig einfachen Fall vorlegen, an dem sich eine solche Beziehung ohne Schwierigkeiten zeigen läßt." Es handelt sich um ein 19jähriges Mädchen, Schülerin einer höheren Lehranstalt, die kurz vor ihrem Examen stand. Ihre psychischen Alterationen sind für Häberlin nur ins Unterbewußtsein verdrängte erlebte sexuelle Attentate mit Schuldbewußtsein und erotischen Symbolen (halluzinierte Rübe = Penis usw.). „Träume und Halluzinationen unserer Patientin vertreten den Sexualakt, der mit Mühe unterbrochen oder doch nur in stark entstellenden



Symbolen ausgeführt wird.“ Im Grunde war der Sexualattentäter „erwünscht“. — Arme Opfer der „Psycho-Analyse“! —

Stekel (764) hat sich von lebenden Dichtern eine große Menge von Träumen verschafft und beutet sie nun aus nach bekannter Wiener Traumdeuterweise. Überall findet er phallische Symbole, latente homosexuelle und pervers sexuelle Neigungen, überall auch verkappte Kriminalität. Vor allem zeichne die Dichter aus ein tiefes Schuldbewußtsein über ihre Unfähigkeit zur Liebe, die stets Selbstliebe sei, während sie sonst die Umwelt haßten. Mit dem Verbrecher und dem Neurastheniker hätten die Dichter den Glauben an eine besondere Mission gemeinsam. Kurz die Dichter seien recht gefährliche, unselige Menschen, denen z. B. die Liebe ein ganz unerreichbares Ideal sei.

Fehlinger (181) stellt die englische Gesetzesmacherei gegen die Unsittlichkeit als charakteristisch für die allgemeine Heuchelei der Briten in diesen Dingen hin. U. a. sagt er: „Es steht fest, daß in England — bei aller Moralheuchelei — viel mehr obszöne Schriften und bildliche Darstellungen in den Handel gebracht und massenhaft verkauft werden, als etwa in Deutschland.

Die Ehescheidung ist ein Moment in der Krise der Ehe, sagt **Broda** (86). Um die Entwicklungstendenz zu sukzessiver Erweiterung der gesetzlichen Anlässe für Ehescheidung zu begreifen, müsse man die sozialpsychologischen Wandlungen im Inhalt der Geschlechterbeziehungen selbst zu erfassen suchen. Bei den Romanen beginne erst die Freiheit und Unabhängigkeit des Weibes nach der von den Eltern vorbereiteten und bestimmten Eheschließung; der Ehebruch sei daher dort eine soziale Erscheinung. Bei den Skandinaviern und Amerikanern, aber auch schon in England und in Deutschland entwickele das Mädchen sich frei und könne dann in der selbstgewählten Ehe treuer sein; der Ehebruch werde daher dort stark gemißbilligt; deshalb seien aber gerade in den germanischen Ländern die Ehescheidungsgesetze liberaler. Die Ehe bilde heute keine ökonomische Einheit mehr, keine wirtschaftliche Notwendigkeit, da die Frau selbständig verdienen könne. So stehe es vor allem in Arbeiterkreisen, und deshalb werde sich die zukünftige Form der Vereinigung der beiden Geschlechter gerade im Proletariat herausbilden. Die zeitliche Einehe entwickele sich immer reiner, es schwinde die Neigung des Mannes zu gleichzeitiger Polygamie immer mehr. Aber die neue Einehe werde nicht mehr lebenslänglich sein, sondern müsse die Möglichkeit bieten, das eingegangene Verhältnis zu lösen und durch ein neues, neuen psychologischen Vorbedingungen entsprechendes, zu ersetzen. Dazu müsse die Ehescheidung im gemeinsamen Einverständnis der Ehepartner ohne weiteres möglich gemacht werden; aber die Scheidung müsse auch auf Antrag eines der beiden Gatten allein, ohne Hinweis auf konkrete Unbilden oder Beleidigungen ausgesprochen werden können; um so mehr müßten dann allerdings auf das allerschärfste die sozialen Interessen des anderen Partners gerichtlich gewahrt werden, die Kinder der Mutter zugesprochen und die materiellen Lasten dem Gatten auferlegt werden. Das werde am besten einer bloßen Scheidung aus Überdruß oder Launenhaftigkeit entgegenwirken! (Und wenn die Frau die Scheidung beantragt? Wer entschädigt den Mann?)

Adler (10) spricht dem normalen, gesunden Weibe auch einen normalen und gesunden Geschlechtstrieb zu, der allerdings durch jahrtausende lange kulturelle Anschauungen in seiner Aktivität etwas zurückgedrängt ist durch Hemmungen, die an das sexuelle Leben der Frau gekettet sind. In einem Buch hat Verf. dann die mangelhafte Geschlechtsempfindung in ihren Varianten, soweit sie zu der Norm des Sexuallebens zwischen Mann und Frau Beziehung



hat, näher untersucht. Ihre Zahl ist erschreckend groß. Frigidität, eine mangelhafte Geschlechtsempfindung des Weibes lag in 25—50 % aller Fälle vor. Ein Drittel aller Frauen sind kalt, frigid — oft gerade beim eigenen Mann, während Glut und Sinnenlust erwacht — beim Freunde. Oft ist Trieb, Libido, vorhanden, aber der Orgasmus fehlt. Die Ursachen sind manchmal mechanischer, meist aber psychischer Natur. Es kommen in Betracht als häufigste Ursachen einmal die Ejaculatio praecox des Mannes, dann frühere Selbstbefriedigung des Weibes (Anaesthesia sexualis masturbatoria). Im Verkehr mit dem Manne wird dann der selbst angewöhnte Takt und Rhythmus vermißt. Psychisch spielt die Angst vor der Schwangerschaft bei der Frau die größte Rolle, bewußt hält dann die Frau den Orgasmus zurück. Auch der Vaginismus ist oft psychisch. Besorgnis vor Schwangerschaft, Schmerzen und Schande wirkten als Hemmungen für die Frau tausende von Jahren lang. Falsche Erziehung und eine einzige ungeschickte Hochzeitsnacht liefern tausende frigider Frauen. Das libidinöse Weib wird infolge von Hemmungen nicht selten zur „demi vierge". Viele Fälle von Frigidität sind heilbar — ärztlich — oder dann: wenn der „rechte Zauberer" kommt.

Notthafft (581) zeigt an 5 Krankengeschichten, daß das Automobilfahren bei manchen Individuen in oft recht kurzer Zeit ($^1/_4$ bis 3 Jahren) zu ausgesprochenen Potenzstörungen führt. Es sinkt vor allem die Erektionsfähigkeit, nicht aber die Libido. Die Prognose ist bei Aussetzen des Automobilsports im allgemeinen günstig. Nur diejenigen erkranken an einer derartigen Form der zerebralen Neurasthenie, die selbst den Wagen steuern oder den Chauffeur unterstützen, vor allem die Raser und Rücksichtslosen, die also nicht nur andere, sondern auch sich selbst an ihrer Gesundheit gefährden.

Abels (5) bejaht die Frage, ob ein Weib durch medikamentöse Arzneimittel so erregt werden könne, daß sie sich gewissermaßen willenlos dem Manne preisgebe. Vielleicht würden heute bestimmte Aphrodisiaca mehr benutzt als in der dafür berüchtigten Renaissance- und galanten Zeit. Dafür spreche die Bewegung auf dem Drogenmarkte, auf dem in den letzten 5 Jahren eine stetig zunehmende Steigerung im Verbrauch bestimmter sexueller Stimulantien festzustellen gewesen sei, vor allem für die aufs beste bewährte Yohimbeherinde. Das älteste giftige Aphrodisiacum ist nun die sog. „Spanische Fliege". Verf. gibt eine eingehende Beschreibung der Herkunft dieses Mittels, seiner Wirkungsweise, seiner Geschichte, seines forensischen Nachweises usw. Da Kantharidin zu den allerstärksten Giften zählt, dabei aber als brunsterregendes Mittel sozusagen ein Hausmittel auf dem Lande (Tierzucht) bildet, ist diese Abhandlung von äußerstem Interesse.

Bieck (59) untersucht die häufigsten Ursachen für die krankhaften Veränderungen der Vorsteherdrüse (Onanie, Koitus, Coitus interruptus, Gonorrhöe) und den Einfluß dieser Erkrankungen auf die Psyche (Psychische Impotenz, Angstanfälle, Zwangsideen, Depressionen bis zur Selbstverstümmelung, ja zum Selbstmord). Er glaubt sagen zu dürfen: „Die durch die pathologisch veränderte Prostata hervorgerufenen psychischen Traumata führen mithin bei bestehender ererbter oder erworbener Disposition zu einem ganz charakteristischen klinischen Krankheitsbilde, einer psychischen Erkrankung, die wohl verdient, als „Prostatapsychose" bezeichnet zu werden.

In dem ersten Band seines großzügig angelegten Werkes über die Prostitution behandelt **Bloch** (64) die Prostitution der Barbarenvölker, dann die der antiken klassischen Völker und endlich die des Mittelalters auf Grund zahlreichster Dokumente. Die vielfachen Berührungen der Prostitution, ja der Sexualität überhaupt mit Religion, Philosophie, Kunst usw. werden aufgezeigt. Die Prostitution wird als Rest der alten Promiskuität dargestellt.



Biologisch genommen stellt sie nach Bloch eine Form der dionysischen Selbstentäußerung dar, ähnlich anderen Ekstasen. Ökonomische Faktoren sollen angeblich nur eine sekundäre Rolle spielen. In allen ihren Formen sei die Prostitution von heute uns von der Antike her überkommen, auch mit der doppelten Geschlechtsmoral. So sei eigentlich unsere Sexualethik eine Form, die mit der antiken Sklaverei noch vielerlei Berührungspunkte habe. — Man kann auf die Fortsetzung des tiefgründigen Werkes gespannt sein.

Nach **von Grabe** (237) ist die Prostituierte eine Frau, die gegen Lohn unterschiedslos mit Männern verkehrt. Er hat 62 Prostituierte aus Norddeutschland eingehender studiert und mit ihnen systematische Intelligenzprüfungen an der Hand eines Fragebogens mit 28 Fragen vorgenommen und sie außerdem noch körperlich auf ihren Nervenstatus hin untersucht. Zum Vergleich nahm er dieselben Prüfungen an 30 Wärterinnen eines Krankenhauses vor. Die Resultate fielen, soweit sie überhaupt vergleichbar sind, durchweg und dermaßen eindeutig zugunsten der Ehrbaren aus, daß von einem Zufall sicher nicht die Rede sein kann. „Man kann sich auch nicht dem subjektiven Eindruck verschließen, daß auch die weniger intelligenten Wärterinnen in ihrem Wissen „geordneter" waren, als manche Puellen, deren Intellekt vielleicht größer sein mochte. Die Erklärung liegt zum großen Teil in dem heterogenen Material, aus dem sich die Prostituierten rekrutieren, auch soweit die Intelligenz in Frage kommt; finden sich doch unter ihnen tatsächlich sehr intelligente Personen und alle Abstufungen bis zu ausgesprochener Imbezillität, wenn höhere Grade der Idiotie naturgemäß auch eine Ausnahme bilden werden." Der achte Teil der 62 Puellen war unehelich geboren, von ihnen hatten viele degenerierte Mütter. Im ganzen waren aber die Eltern der Dirnen ganz gut situiert, jedenfalls hatte die Mädchen nicht die Not in die Prostitution getrieben. Die Fürsorgeakten mancher Puellen mit Zwangserziehung ließen die individuelle Veranlagung zur Dirne bei den meisten sofort deutlich erkennen. „Im allgemeinen darf man annehmen, daß ein Mädchen nur ganz ausnahmsweise Puella wird, wenn sie es bis zum 25. Lebensjahre nicht schon geworden ist." Die meisten bezeichneten sich als frühere Dienstmädchen; bei weitem die Mehrzahl der Mädchen hatten zuerst ihresgleichen sexuell beglückt. Die Angaben über Frigidität schwankten sehr, meist wurde Abgestumpftheit angegeben, dann alle Übergänge, bis zum Stolz, noch jung genug zu sein, um sinnlich empfinden zu können. Doch wurde hier offenbar viel gelogen, ebenso wie bei Fragen etwaige Perversitäten betreffend. Nur 5 von den 62 gaben beträchtlichen Alkoholismus zu, auch hier würde wohl tüchtig gelogen. Die Prüfung der Kriminalität ergab dem Verf., daß Kriminalität und Prostitution weder Gegensätze noch Äquivalent seien, sondern sich häufig vereinigten. Auch für die Auffassung, daß die Prostitution das Gegenstück zum Bettler- und Vagabundentum darstelle, fand Grabe keine Stütze in seinem Material. Gemeinsam ist beiden wohl Unproduktivität und Schmarotzertum. Es fehlt aber bei einem großen Teil der Wandertrieb, eine ganze Reihe war sogar recht seßhaft. „Im Gegensatz zu den echten Landstreichern, die viel Unbequemlichkeiten gern in Kauf nehmen, legen die Puellen durchaus Wert auf Bequemlichkeit, und der Putz spielt bei ihnen eine große Rolle." Nicht Not, nicht die Befriedigung des elementaren Geschlechtstriebes treibt die jungen Dinger der Prostitution in die Arme, sondern Haltlosigkeit, Oberflächlichkeit, Müßiggang, Faulheit und Arbeitsscheu. Auch „retten lassen" wollen sie sich meist nicht. Primär ist eben die Degeneration, nur sehr sekundär und ausnahmsweise wirkt das ökonomische Moment als veranlassende Ursache und doch: „Menschenopfer auf dem Altar der Monogamie."

In seinen Reformvorschlägen bezüglich der Prostitution geht **Leonhardt** (427) noch über die Neißersche „Sanitätskommission" hinaus. Er verlangt ausgedehnte ärztliche Maßnahmen, häufigere, eingehendere und schärfere Untersuchung der Puellen durch besonders geschulte Ärzte, Schaffung eines Gesundheitsamtes und einer Sittenpolizei, deren wünschenswerte Organisation er eingehend schildert.

Die Dirnen leisten Arbeit, und zwar wie **Potthof** (618) behauptet, im volkswirtschaftlichen Sinne. Denn der Mensch habe außer materiellen auch in wechselndem Maße unmaterielle Kulturbedürfnisse. Die Dirnen verwerten eine Schönheit oder Fähigkeit ihres Körpers, um ihren Mitmenschen einen Genuß und sich selbst den Lebensunterhalt zu schaffen. Das ist eine Tätigkeit; — ja aber eine unsittliche! Nun, das Sittliche hat mit dem Wirtschaftlichen nichts zu tun, sagt Potthof. Hier werde nur von Arbeit an sich gesprochen, und auch eine verabscheuungswürdige Arbeit höre darum nicht auf, eine Arbeit zu sein. „Übrigens ist der „Abscheu" der männlichen Hälfte der Kulturmenschheit, soweit er nicht glatte Lüge ist, nicht anders zu bewerten, wie die Verachtung einer anderen tiefstehenden Arbeit, die keiner entbehren möchte." Die Volkswirtschaft frage aber weiter: dient eine Arbeitsleistung der Entwicklung der Menschheit oder nicht? Verf. antwortet: die Wertlosigkeit der Arbeit der Dirnen stehe durchaus nicht fest. Schnapsbrennen, manche Schundfabrikation usw. stehe bezüglich einer volkswirtschaftlichen Wertung tief unter allem Dirnenwesen. Und wenn der Dirnenberuf auf die „Arbeitenden" so zerrüttend wirke, so trüge die Hauptschuld daran die „heuchlerisch falsche Wertung". Die Ehrenrettung der Dirnenarbeit dürfte die Stellung der Frau und die Sittlichkeit zwischen den Geschlechtern erheblich verbessern!

Schneickert (691) vermißt in Molls Handbuch der Sexualwissenschaften bei der Aufzählung der Ursachen der Prostitution die „notorische Arbeitsscheu vieler Debütantinnen der Demimonde". „Es wäre interessant, die inneren Gründe dieser ungleichen Behandlung der Prostituierten und der arbeitsscheuen Vagabunden zu studieren. Ich glaube, daß sie zum großen Teil an dem sexuell bedingten Subjektivismus des Mannes liegt, weil ich überzeugt bin, daß weibliche Richter in diesem Falle (der Arbeitsscheu des Weibes) viel strenger urteilen würden, und außerdem: La belle plume fait le bel oiseau, was man allerdings von einem Vagabunden oder Bettler nie wird sagen können!" Eine Kommission zur Regelung der Prostitution nütze nichts, denn: „Die Frage der Prostitution ist für den einzelnen eine Frage der Erziehung, des Anstandes, der Religion, der Weltanschauung, der sexuellen Hygiene, des Alters, kurzum ein Ding weitgehendster Subjektivität, subjektiver Empfindung und Verfassung." — Zwischen sanitärer und polizeilicher Überwachung kann Schneickert keinen großen Unterschied sehen. Auch seitens einer sanitären Behörde würden Zwangsmaßregeln nötig sein. „Eines Tages käme die alte Reglementierung wieder zum Vorschein, nur unter anderem Namen und in anderen Händen als bisher." „Rechtlos" sei heute schon die Kontrollierte keineswegs, sie habe sogar einen „konzessionierten" Betrieb.

Freyer (207) stellt die altgriechische der mittelalterlichen und neuzeitigen Prostituierten gegenüber. Betrachtete die Hetäre die bedeutungslose Ehefrau mit Gleichgültigkeit oder höchstens mit stillem Mitleid, so fühlt die heutige Prostituierte sich gegenüber der von der menschlichen Gesellschaft geachteten Ehefrau zurückgesetzt. Die zunehmende Diskreditierung der Prostitution hat nach und nach dazu geführt, daß diese allmählich dazu überging, die steigenden Vorrechte der Ehefrau ihren eigenen Zwecken



dienstbar zu machen und damit die Ehe zur Förderung ihres Gewerbes zu mißbrauchen. Nur für einen verschwindend kleinen Teil der Prostituierten bedeute die Ehe Glück und Rehabilitation. Bei den meisten Dirnen, oft genug auch bei dem Manne, der eine Prostituierte heirate, oder auch bei beiden, seien Egoismus und Hoffnung auf materiellen Gewinn die Motive der Verehelichung. Ein klingender Name als Aushängeschild, die Erringung der deutschen Reichsangehörigkeit für die Dirne, die Furcht des Zuhälters, sonst von seinem Mädchen angezeigt zu werden, Einnahmevermehrung durch Erpressungen seitens des angeblich „betrogenen" Ehemanns usw., das seien solche Motive, die die Prostitution gerade zu der der sexuellen Zucht und sozialen Ordnung dienenden Einrichtung der Ehe greifen ließen als zu einem Mittel, sich zu behaupten. So seien Prostituiertenehen oft nur ein Geschäftstrick der gewerbsmäßigen Unzucht und ihrer Helfershelfer, und man müsse auf geeignete Mittel sinnen, dem geschilderten Mißbrauche der Ehe Abbruch zu tun. Fände man solche Mittel, so würde gewiß der Ausbreitung und Ausartung der Prostitution merkbar Abbruch getan werden können.

Meller (519) untersucht das Wesen der Kuppelei, insoweit der Kuppelnde aus einem erotischen Motiv heraus handelt, wo also ein aktives erotisches Interesse an einem fremden erotischen Verhältnis vorhanden ist. Auch bei „gewerbsmäßiger" Kuppelei kann ein solches Interesse mit im Spiele sein. Häufig ist die Kuppelei ein Surrogat für den Verzicht auf eigene erotische Erlebnisse. Die Ursache dieses Verzichtes liegt nicht immer nur in persönlichen Mängeln, sondern kann auch in der eigenartigen Natur des erstrebten Gefühlserlebnisses liegen; z. B. einer Einfühlung in eine andere Person; oder das fremde Erlebnis an sich wird sexuell goutiert („Voyeurs"). Endlich kann eine Teilhaberschaft, bei der sich das eigene Erlebnis in andere widerspiegelt, erstrebt werden. (Mode des dreieckigen — Triolenaffaire! — ja sechseckigen Verhältnisses.) Ein Mann möchte z. B. die erotische Wirkung seiner Frau auf andere kennen lernen. Bei der Orgie wieder spielt der persönliche Wert der jeweiligen Partnerin keine Rolle. Hier fehlt also die Eifersucht. Dieses Fehlen der Eifersucht ist für jede Art von Kuppelei Voraussetzung, so vor allem beim Zuhälter, ja positiv kann das fremde Verhältnis als Fetisch wirken, das erst den erotischen Reiz ausmacht.

Den Mißerfolg aller bisherigen Kampfmittel gegen die Zunahme der Geschlechtskrankheiten (die Zahl dieser Erkrankungen steigt absolut und relativ im Verhältnis zur Einwohnerzahl) sieht **Hübner** (336) einmal in der Verhinderung des Verkaufs prophylaktischer Mittel, dann aber vor allem auch an der falschen Wahl der Objekte für die Heilungsversuche (die paar eingeschriebenen Prostituierten). Die Dirne habe fast stets den Wunsch, ihre Krankheit zu verheimlichen; anders der erkrankte Mann; er werde schon durch die ersten Symptome der geschlechtlichen Infektion regelmäßig aufs äußerste belästigt, er müsse, wenn er weiterkommen und später heiraten wolle, unter allen Umständen wieder gesund werden. „Aber der Staat versucht „Zwangsheilungen" an den erkrankten Prostituierten, den männlichen Geschlechtskranken weist er nicht den Weg zur Heilung." Die Kurpfuscherei müsse überwunden und die Dermatologie als Prüfungsfach für Mediziner anerkannt werden.

Lipa Bey (438) berichtet über schwerere Unfälle beim Koitus, wie Quetschung des einen oder der beiden Hoden, Harnbluten im Anschluß an den Koitus, Brechen des steifen Gliedes (häufiger im Orient), manchmal nach Anwendung eines Aphrodisiakums, endlich Apoplexie beim Koitus (sog. „süßer Tod"). Beim Weibe sind es Vaginalverletzungen verschiedener Art, die zu Gesundheitsstörungen, ja sogar zum Tode führen können.



Back (33) schrieb ein Handbuch über sexuelle Verirrungen, dessen Wert besonders in der Sammlung und Mitteilung sonst weit verstreuter Krankengeschichten liegt.

Fuchs (215) bringt ein neues Beispiel für die ziemlich seltenen Fälle, daß eine körperliche Verunstaltung als Fetisch dient. Ein Mann wurde wegen dauernder Beiwohnungsunfähigkeit von seiner normal gebauten Frau geschieden. Er hatte nur einem Weib mit Klumpfuß, amputiertem Fuß oder Stelzfuß gegenüber einen kräftigen Geschlechtstrieb und Beiwohnungsfähigkeit. Der Beklagte stammte aus einer stark degenerierten Familie.

Eckert (166) gibt eine Illustration zu der Erfahrung, daß jene angeblichen Angriffe, bei denen Männer von Unbekannten überfallen und entmannt worden sein wollen, in den seltensten Fällen echt sind. Ein Mann hatte sich im Walde den rechten Hoden herausgeschnitten und dann die Geschichte eines Überfalls zusammenkonfabuliert. Als Beweggrund für seine Handlungsweise vermutete man bei dem Selbstschänder, bei dem sich keine Anhaltspunkte für eine geistige Erkrankung boten, die Absicht, sich eine Unfallsrente zu verschaffen. Vielleicht war aber auch noch eine Eifersuchtsregung im Hintergrund, denn er hatte nicht lange vor der Tat zu einer mit einem anderen verlobten Witwe gesagt: „Wenn du mich nicht heirat'st, dann schneid' ich mir die Hoden weg." Die Einwohner des Heimatsdorfes des Täters wurden nun vielfach gehänselt als die „Geschnittenen" oder die „Beutelschneider".

Ein großer Teil der Selbstmorde aus unbekannten Gründen geschieht nach **Asnaurow** (29) auf sexueller Basis. Übertreibend nennt er unser Zeitalter das Zeitalter der Selbstzerstörung. Der werdende Mensch sei überall negativen Elementen ausgesetzt, wie: geisttötender Schule, Ignoranz, Lieb- und Verständnislosigkeit der Umgebung in Schule und Haus, sexueller Not und Irrwegen, Verführung durch krankhafte Korruption; hier lägen die Gründe zum Selbstmord des Jugendlichen, hier sei auch die sexuelle Basis, auf welcher der zukünftige Selbstmörder reife. „Im Kampf mit der Unnatur unserer modernen Zivilisation finden die meisten Selbstmorde auf sexueller Basis statt."

Florschütz (197 b) berichtet einen interessanten Fall eines angeblichen Selbstmörders, bei dem endlich die Lebensversicherungsgesellschaft herausbekam, daß es sich nur um tödliche Verunglückung eines Wollüstlings handelte, der das Erhängen künstlich in der Absicht imitiert hatte, sich ungewöhnliche geschlechtliche Emotionen zu verschaffen (durch Stauung der arteriellen Blutzufuhr zum Gehirn mittels eines gewissen Grades von Strangulation nackt einem Spiegel gegenüber).

Kaan (359) teilt ein Gutachten über ein 20jähriges Mädchen M. B. (Typus: süßes Mädel) mit, das ihre Diebstähle damit motivierte, daß sie sagte, wenn sie sexuell erregt sei, spüre sie unter Angstgefühlen den Drang in sich, etwas, was ihrem jeweiligen „Verführer" gehöre, zu entwenden. „Seitdem die Untersuchte von ihrem Verführer geschwängert und verlassen, heimatlos in die Welt hinausgestoßen war, standen ihrem stark entwickelten Sexualtriebe die Angst vor neuerlicher Schwangerschaft und die Liebe zu ihrem treulosen ersten Geliebten als mächtige Hemmungsaffekte gegenüber und erweckten in ihr gegen jeden Mann, der ihre Geschlechtslust reizte, ohne sie zu befriedigen, ein ihr selbst nicht klar bewußtes Unlustgefühl. Dasselbe äußerte sich durch den Impuls, diese Personen durch Entwendung ihnen gehöriger Wertgegenstände zu schädigen und sich dergestalt für den Entgang an Wollust wie für den „geistigen Treubruch gegen den Erstgeliebten" schadlos zu halten" — ein sadistischer Akt als Äquivalent für die unter-



lassene normale Geschlechtsbefriedigung. Die M. B. handele also im pathologischen Affekt, in vorübergehender Sinnesverwirrung. — Verfahren eingestellt.

Nicht wenige juristische Psychologen geben sich nur allzu leicht und gern dem doch sehr einseitigen Freudschen Einfluß hin, so auch in mancher Hinsicht **Senf** (723), der allerdings immerhin so vorsichtig ist, davon zu reden, daß das Verbrechen eine Art der sexuellen Entspannung darstellen „kann". Diese Entspannung „könne" — (meist dem Täter unbewußt) — zunächst in einer gewaltsamen Betätigung gesucht und gefunden werden (Sachbeschädigung, Körperverletzung). Besonders auch Statuen- und Bilderbeschädigungen sind für den Verf. im Grunde meist sexuelle Delikte (siehe Rilow in Wedekinds „Frühlingserwachen"). Die Unkenntnis der gewöhnlichen sexuellen Trieblösung, das triebhaft Geahnte dabei verführe junge Leute zum Geheimnisvollen, Verbotenen, Riskanten an sich, also zu Diebstählen zur Nachtzeit mittels Einschleichens oder Einbruchs, Bandendiebstählen, Straßenraub oder auch Brandstiftung. Sexuelle Sehnsucht führe weiterhin zu einem zügellosen Wanderleben: „Im Vagabundieren, juristisch gesprochen im Landstreichen, drückt sich dann die sexuelle Entspannung aus." Das Verbrechen sei öfter auch ein Mittel zur Herbeiführung der sexuellen Entspannung, indem es das Mittel zu einer lösenden Besitzergreifung sei. Höchste Besitzergreifung und damit intensivste Luststeigerung bringe dann nicht mehr allein der gewöhnliche Koitus, sondern der erzwungene, — Körperverletzung und Mord (Notzucht, Lustmord) hervor. Psychologisch sei aber noch ein letzter Schritt möglich: der Einzeleindruck, welcher immer stärker gefühlsbetont und deshalb immer selbständiger als Träger der Entspannung hervortritt, ruft dem Individuum schließlich allein das Maß an Lust hervor, welches zur Lösung des sexuellen Affekts ausreicht. Dann sei die Dissolution des geschlechtlichen Erlebnisses vollendet, und das sexuelle Fühlen des Individuums werde völlig bestimmt durch das Interesse an der Gewalt, oder an der Erregung, oder an der Qual oder am Milieu. Eine Etappe in dieser Entwicklung stelle die gewaltsame Vornahme unzüchtiger Handlungen dar (der typische Lustmord ohne Koitus im Gegensatz zum „hyperhedonischen" im Anschluß an Koitus). Dem „Eindruck der Besitzergreifung" stellt Verf. dann den „Eindruck der Erregung oder der Wirkung" gegenüber. Dabei sei Ziel der sexuellen Entspannung lediglich der Gedanke, die sexuelle Erregung im andern hervorzurufen oder zu genießen (Erzählen unzüchtiger Geschichten, Exhibitionismus, Mixoskopie). Endlich wachse unbewußt sexuelles Interesse an jeder allgemeinen Erregung (daher sogar Brandstiftung, um solche Erregung herbeizuführen). Schließlich werde das Mittel zur Entspannung im Quälen des Opfers gesucht (Sadismus), Mittel dazu könne sein Mord, Verletzung, Sachbeschädigung, Brandstiftung, Beleidigung, Erpressung, Entführung, Freiheitsberaubung usw. Endlich werde aus dem Quälen die Lust an eigener Qual (Zusammenhang des Sadismus mit dem Masochismus [kriminelles Beispiel: Verbrechensausübung eines masochistischen Beamten, um bestraft zu werden]). Die Entspannung knüpfe sich ferner vielleicht an irgendeinen Körperteil oder irgendeinen Gegenstand (Fetischismus). Auch das Wort könne zum sexuellen Fetisch werden (ausschließliches Interesse am Beschmieren öffentlicher Wände, unzüchtige Versliteratur). Die „Idee" der Intimität (ideeller Fetischismus) schaffe voyeurs, schaffe sogar fetischistische Genießer der maßlosesten Blutschande (Verf. gibt interessante Beispiele dafür aus seiner Praxis), schaffe aus der Idee der Erniedrigung heraus reale und ideelle Besudler. Unlustgefühle starken sexuellen Reizen gegenüber führten zur geschlechtlich betonten Idee der Reiz-



auslöschung (Beschmutzung des weißen Kleides des Mädchens), Saliromanie, Hineinstechen in irgendeinen anreizenden Körperteil (Messerstecher). Die „Idee der Milieuübertragung“ (eine Sache des höchst persönlichen Geschmackes) äußere sich im Verkleidungstrieb, der an sich mit den Neigungen Homosexueller nichts zu tun habe. Zuletzt fand Verf., daß die Wahl des Objekts der Entspannung zum Verbrechen führen könne, weil diese Wahl allein schon unter Strafe gesetzt sei, — so bei der homosexuellen Betätigung. Die psychologische Entwicklung der Homosexualität durch den Verf. ist nun etwas sehr konstruiert. Er entwickelt sehr künstlich die homosexuelle Anlage aus einer durchaus heterosexuellen im Wege der Dissolution, des geschlechtlichen Erlebnisses auf Grund der Herrschaft eines bestimmten Einzeleindrucks, einer Gewöhnung, die sich aber endlich „vererbt“. Davon nimmt er aber die weibliche Homosexualität wieder aus, sie beruhe auf „Frigidität“ (natürlich nur dem Manne gegenüber. Ist damit irgend etwas erklärt?) Kinder als Objekt der Sexualität würden gewählt von jugendlichen unreifen Personen, von Wüstlingen mit abnormem Reizhunger „nach Affekthemmung“, und von solchen, die das Unberührte anzöge, sowohl des Körpers, als auch der Seele, oder die Passivität (Lehrer wollen ihre Schüler „ganz“ beherrschen und besitzen), die geschlechtliche Willenlosigkeit. — Statuo- und Nekrophilie könne sich auf Grund ästhetisch-fetischistischer Vorstellung entwickeln, aber auch auf Grund eines Reizes, den die Leblosigkeit auslöse. — Die Zoophilie könne wohl einmal in tölpelhafter Schüchternheit begründet sein, meist beruhe sie aber auf wirklicher Zärtlichkeit eines sich von Menschen verachtet Fühlenden, oder gar auf Miterregung durch die geschlechtliche Erregung des Tieres und gewähre dann auch psychisch volle Befriedigung.

Im Anhang bespricht Senf den „typischen Lustmörder“, dem der Mord ohne Geschlechtsakt den Reizhunger stillt, und den „hyperhedonischen“, bei dem im Anschluß an normale geschlechtliche Betätigung Zerstörungslust entsteht. Das gemischte Gefühl der Affekthemmung äußere sich bei den Wutanfällen von Tätern, die infolge der Beschaffenheit ihres Opfers oder ihrer eigenen Impotenz nicht zum Ziele kämen. Eine dritte Art sei der algolagnistische Lustmörder, der sich an den Schmerzen seines Opfers weide. Dazu komme noch der Mörder aus Ekel und Ernüchterung und endlich der aus Laune („Cäsaren- oder Sultanslaune“). In den beiden letzten Fällen sei kein Lustgefühl an der Vernichtung vorhanden. — Wahrscheinlich sei das Erleben von Generationen erforderlich, ehe derartige unglückliche Anlagen wie bei den Lustmördern zustande kämen; dadurch werde es erklärlich, daß der in seiner Richtung bereits gefestigte Trieb bei seinem Träger in der Deszendenz namentlich während der Pubertätszeit noch einmal reminiszenzartig verschiedene Schwankungen und Variationen aufweisen könne.

Vernet (808) beschreibt den Fall eines armenischen Arztes, der sich mehrfacher Exhibitionen und sonstiger Sittlichkeitsvergehen seinen Patienten gegenüber schuldig machte. Er erklärte ihn als vermindert zurechnungsfähig.

Die Ahnen des Menschen haben offenbar ein Haarkleid getragen. **Scheuer** (687) geht die Theorien durch, die erklären wollen, warum der Mensch es verlor. Er beschreibt dann die sexuelle Rolle des Bartes (auch des Frauenbartes der Virago), des Haarputzes (Duft des Haares, Haarfetischisten, Zopfabschneider) und der Achsel- und Schamhaare (Perversitäten, die mit ihnen getrieben werden). Mit Näcke und v. Hippel glaubt er, daß gar manche Friseure bei der Ausübung ihres Berufes gewisse sexuelle Empfindungen hätten, ja den Beruf vielleicht in dunklem Drange der Sexualität ergriffen hätten.



Hirschfeld und **Tilke** (322) ergänzen des ersteren Buch über „Die Transvestiten“ durch einen sehr instruktiven illustrierten Teil, dem auch wieder kurze Bemerkungen beigegeben sind, — ein Werkchen, geeignet den Blick für manche Sonderbarkeit des erotischen Triebes zu schärfen und in merkwürdige psychosexuelle Erscheinungen hineinzuleuchten, dabei eine breitere Basis der Entstehung des Transvestismus nachweisend, als man bisher anzunehmen geneigt sein mochte.

Zum Kapitel der Transvestiten und ferner zur weiblichen Homosexualität äußert sich **Näcke** (565) im Anschluß an eine Demonstration Hirschfelds und an Erfahrungen bei kurzem Besuch Berliner Lokale für derartige Elemente folgendermaßen: Die Verkleidungssucht dürfte meist angeboren sein, sie rege sich schon beim Kinde; sie komme bei Homo- und Heterosexuellen vor, ferner bei allen möglichen Stärkegraden der libido und zwar temporär, intermittierend oder permanent. Mit der Sexualität habe dieser Trieb wohl meist nichts zu tun. Ebensowenig wie die Inversion stelle er ein Stigma degenerationis dar. Er komme bei Dummen, Gescheiten, Niedrigen und Edeln, Geistesgesunden und Geisteskranken vor, also bei ganz-, halb- und Unzurechnungsfähigen. Auch zum Fetischismus gehöre der Transvestitismus nicht. Fehle doch das sexuelle Ziel für gewöhnlich ganz. „Es ist eine eigentümliche, angeborene Abartung des Fühlens, die nach der kleidlichen Äußerung drängt und entschieden zur Stütze der bisexuellen Veranlagung des Menschen mit herangezogen werden kann ... Es handelt sich hier also um eine Anomalie, um eine psychische Zwischenstufe, gewiß nicht um eine Krankheit.“ Ein der Arbeit angeschlossenes, äußerst interessantes Gutachten über einen 48jährigen, seit der Kindheit mit dem Verkleidungstriebe behafteten Kaufmann seitens Hirschfelds und Iwan Blochs illustriert das von Näcke Gesagte vorzüglich. Da bei diesem Manne wahre Abstinenzerscheinungen mit Depression bis zu Selbstmordideen auftraten, wurde dem Manne auf besagtes Gutachten hin vom Berliner Polizeipräsidium September 1911 die Erlaubnis zum Tragen von Frauenkleidern gegeben. Näcke schildert dann noch kurz zwei Typen der 41 in Berlin bestehenden Homosexuellenlokale, wovon er ein gewöhnliches und ein feines studieren konnte.

In einem zweiten Aufsatz: Die Grenzen der sexuellen Aufklärung, warnt Näcke davor, die Kenntnis der sexuellen Perversionen weiter als in die gebildeten Kreise dringen zu lassen. Er sagt: „Eine systematische Belehrung des Volkes in diesen Dingen halte ich, im Gegensatz zu der über physiologisch sexuelle Vorgänge, für unnötig und sogar gefährlich.“ Gefährliche Presseartikel und „populäre“ oder „Hintertreppenliteratur“ auf diesem Gebiete müsse ernstlich unterdrückt werden.

Der dritte Aufsatz Näckes ist eine interessante ethnographisch-psychologische Studie: „Über Privatrache (Volksjustiz) beim Ehebruch, speziell die ῥαφανίδωσις“ (Eintreibung eines Rettigs in den After des Ehebrechers bei den alten Athenern [siehe Aristophanes usw.]).

Schouten (702) stellt einige Begriffsverwirrungen richtig, die sich als Sprachgebräuche in der sexualwissenschaftlichen Terminologie zum Schaden dieser jungen Wissenschaft festgesetzt haben.

Hirschfeld (316) teilt die Stufen der „Geschlechtsübergänge“ ein in 1. Hermaphroditismus und Pseudohermaphroditismus, 2. Androgynie und Gynandrie, 3. Homosexualität und Bisexualität und 4. Transvestitismus (Fälle, in denen das „seelische“ Bedürfnis, sich in Tracht, Benehmen und Lebensgewohnheit nach Art des anderen Geschlechts zu geben, die Persönlichkeit ganz oder teilweise beherrscht). Er teilt dann sechs Fälle aus



der forensischen Praxis mit, erstens den eines männlichen reinen Transvestiten, zweitens den einer Transvestitin mit Androgynie und homosexuellem Fühlen. Bei den vier folgenden Fällen handelt es sich um ausgesprochenen „erreur de sexe“. Fall 6 ist der interessanteste, da bei ihm zum ersten Male einwandfrei die Ejakulation einer lebende Spermatozoen enthaltenden Samenflüssigkeit aus einer weiblichen Harnröhre bei normal weiblichen Genitalien nachgewiesen werden konnte. In allen sechs begutachteten Fällen haben die Behörden den Schlußfolgerungen der Gutachten Rechnung getragen und im Sinne derselben teils die Erlaubnis zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts erteilt, teils die völlige Geschlechtsumwandlung, beziehungsweise „Berichtigung“ vorgenommen.

Ob das „konträre Sexualgefühl“ eine angeborene oder eine erworbene Erscheinung, ob es ein Ausdruck der Konstitution, der ureigensten Anlage eines Menschen ist oder erst durch die Einwirkung des Lebens erzeugt wird, zur Aufhellung dieser Frage möchte **Stier** (770) einen Beitrag liefern. Er kritisiert und verwirft dabei die Theorien eines Näcke von der bisexuellen Anlage und die eines Hirschfeld von den „sexuellen Zwischenstufen“, schließt sich aber auch nicht einem v. Schrenck-Notzing an, der den Hauptwert auf die krankhafte Persönlichkeit der Homosexuellen, welche „pathogene sexuelle Erregungen durch normale Gegenvorstellungen oder Triebhemmungen nicht zu kompensieren vermöchten“, legt, sondern nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein. Für ihn ist es sicher, daß „Homosexualität, zum mindesten die für uns sichtbare Änderung der Triebrichtung, unter der Einwirkung der Einflüsse des Lebens entstehen kann“. Bei den Fällen, wo das homosexuelle Fühlen sich angeblich primär entwickelt haben soll, vermißt er den Beweis. So müsse nachgewiesen werden, daß nie eine lange dauernde (eventuell früh einsetzende und gar mutuelle) Onanie in diesen Fällen vorausgegangen sei. Gerade die Onanie gebe den denkbar besten Boden ab für die Entwicklung pathologischer, disharmonischer Vorstellungsbeziehungen. Eine wirklich objektive Vorgeschichte fehle auch wohl in allen Fällen. Es müsse doch auffallen, daß unter den ersten 3000 nerven- und geisteskranken Kindern und Jugendlichen, die Stier in der Nervenpoliklinik der Charité daraufhin beobachtete, bei massenhaften anderen Perversionen (Sadismus besonders häufig) kein einziger Fall von Inversion sich fand. Die Theorie der Bisexualität sei wieder nicht in Einklang zu bringen mit den Erfahrungen der vergleichenden Anatomie und Physiologie, also mit der Phylogenese des Menschen. Homosexuelle Handlungen der Tiere ließen sich wohl stets als Surrogathandlungen erweisen. So bleibe die eigentliche Inversion also ein ausschließliches Vorrecht des Menschen im Zusammenhang mit dem spezifisch menschlichen Zuwachs an Nervensubstanz und psychisch-nervöser Leistungsfähigkeit, also ohne Bezug auf die tierische Anlage. Beim Menschen seien das Riechhirn und seine zentralen Verbindungen bis auf einen minimalen Rest verschwunden. Die höheren Sinne und höheren Vorstellungen seien dafür eingetreten. Die richtunggebenden Instinkte seien also beträchtlich abgeschwächt. „Mit dieser prinzipiellen Änderung in der Art der Anziehung der Geschlechter ist aber gerade der den sexuellen Instinkten die Richtung gebende Faktor (Geruch) verloren gegangen.“ Eine richtige Verankerung der Triebrichtung in der Pubertät sei beim Menschen also nicht mehr von dem vom anderen Geschlecht ausgehenden, instinktiv richtunggebenden Reiz ohne weiteres sicher, sondern abhängig ein wenig von der Zeit und Art der Entstehung beider Komponenten, vor allem aber von ihrer Intensität und ihrem Verhältnis zueinander. Je nach Ausprägung dieser beiden letzteren Momente unterscheidet Stier vier Möglichkeiten:



1. Gruppe: Der elementare Geschlechtstrieb ebenso wie das höhere geistige Leben schwach entwickelt (geschlechtlich indifferente Menschen wie manche Idioten, Imbezille, Paralytiker, senil Demente usw.).

2. Gruppe: Geschlechtstrieb stark, höheres geistiges Leben schwach entwickelt. Betätigung des Triebes rücksichtslos, mangels geeigneten Objekts unter Umständen auch in einer nicht naturgemäßen Weise, so viele Geisteskranke und in Dämmerzuständen befindliche.

3. Gruppe: Der elementare Geschlechtstrieb schwach, das geistige Leben reich entwickelt. Bei ererbter disharmonischer Entwicklung ist dann eine falsche Verankerung der schwachen sexuellen Gefühle durch bedeutsame Erlebnisse mit stark betonten anderweitigen Vorstellungen möglich. Hier scheint die eventuelle Perversion ab origine zu bestehen.

4. Gruppe: Der Geschlechtstrieb stark, das Geistesleben reich entwickelt. Diese Menschen betätigen sich schon als Kind im Sinne ihres latenten Geschlechtstriebes. Auch hier kann bei pathologischen Disharmonischen unter dem Einfluß irgendeines Erlebnisses eine falsche Verankerung der an sich starken primären sexuellen Gefühle eintreten, und es entstehen Perversionen von der Algolagnie bis zur Homosexualität. Angeboren ist also nach Stier nur die Stärke des primären Triebes und die gesamte geistige Konstitution. Bei Kulturvölkern nimmt Schwäche der Instinkte und erbliche Degeneration immer mehr zu. Daher findet man gerade dort, und zwar gerade bei geistig hochstehenden Leuten relativ häufig eine Verkehrung der geschlechtlichen Triebrichtung.

Gegen Stier behaupten **Hirschfeld** und **Burchardt** (321), daß das Urteil der meisten Psychiater über Homosexualität einseitig sei, da die vielen gesunden Homosexuellen in der Regel nicht in die Behandlung der Psychiater kämen. Wenn Stier die Stärke des primären Triebes und die gesamte geistige Konstitution als durch erbliche Einflüsse festgelegt auffasse, die Findung eines allgemeinen und speziellen Sexualobjekts aber als Ergebnis einer vom höheren Leben zu leistenden Aufgabe und nicht in der Eigenart des Individuums begründet ansehe, so läge darin schon ein innerer Widerspruch. Bei geistig gesunden Homosexuellen sei auch die disharmonische Entwicklung des höheren geistigen Lebens in der Regel aber doch nicht ohne weiteres vorauszusetzen. Auch Stiers Behauptungen über die Tiere seien falsch (z. B. gebe es eine Hahnenfedrigkeit der Hühner mit konstant homosexuellen Neigungen dieser Tiere u. a. m.). So müsse man in der echten Homosexualität zweifellos eine in der Anlage begründete und harmonisch mit der Gesamtkonstitution verknüpfte Variante der Triebrichtung sehen, — eine sexuelle Übergangserscheinung und Spielart. Das relativ späte Eintreten der abweichenden Triebrichtung spreche nicht gegen ihre endogene Natur (Analogie: Männerbart, Frauenbrust usw.). Bei wie vielen der 3000 Kinder der Poliklinik habe denn Stier einwandfrei Heterosexualität festgestellt? Äußere Einflüsse wurden oft durch eine Verwechslung von Ursache und Wirkung zu hoch bewertet. Die Onanie sei fast ubiquitär verbreitet, warum würde von den Onanisten nur ein Prozentsatz homosexuell? „Während wir in der Entwicklung der homosexuellen ebenso wie der heterosexuellen Triebrichtung eine Weiterentwicklung der psychosexuellen Persönlichkeit im Sinne konstitutioneller Anlage zu sehen haben, müssen wir die fetischistischen, sadistischen und exhibitionistischen Perversitäten als pathologisches Prävalieren von Assoziationen ansehen, die meistens als ein infantilistisches Zurückbleiben der sexuellen Entwicklung aufzufassen sind.“

Nach **Stekel** (762) usw. sind alle neurotischen Symptome Ergebnisse eines Kompromisses und verbergen einerseits gerade so viel, als sie andererseits enthüllen. Eine solche oberflächliche Kompromißbildung verrate sich



am leichtesten in der Homosexualität. Es gäbe allerhand Masken, die dazu dienten, die Homosexualität zu verdecken. Bisexuelle Weiber würden von weiblich aussehenden Männern angezogen (Künstlern mit langen Haaren, Priestern im Talar), bisexuelle Männer von Sportsweibern oder Dirnen in Unterhosen usw. Hinter der Liebe zu alten Frauen (Gerontophilie) und der Liebe zu Kindern verberge sich häufig eine homosexuelle Triebrichtung. Auch die Neigung zu Dirnen deute auf unterbewußte Homosexualität, da die Dirne ja vorher andere Männer gehabt. Der „Dritte" in der Ehe werde als Vermittler von „Männlichkeit" durch die Frau vom Gatten manchmal nicht ungern gesehen. Auch die krankhafte Eifersucht verrate starke Homosexualität (verletzte Liebe zum gleichgeschlechtlichen Partner). Auch der Don Juan, der nie sein Ideal finde, suche eigentlich den Mann! Dirnen und Nymphomanen seien nie befriedigt, weil sie das Weib suchten. Manche mitgemachte Moden seien nur der Ausdruck homosexuellen Triebes (Sonnenbäder, Ringkämpfe, Sportskämpfe). Ideale Selbstmorde zweier Freunde oder Freundinnen gingen regelmäßig auf Homosexualität zurück. Weitere „Masken für Homosexualität" seien die chronischen Onanisten, die Frauenrechtlerinnen, die Dichter, viele Künstler, die Messalinen (aus Gründen wie die Don Juans), die psychisch Impotenten, Menschen mit Zwangsangst, manche Fetischisten, Weiber, die ihre Dienstmädchen schlügen (berührten) und sie oft wechselten, Männer, die die Schwester des heimlich Geliebten heirateten und umgekehrt. Kurz nach den Stekelschen psychoanalytischen Befunden wimmelt die Welt von Homo- und Bisexuellen, die Menschen wollen das leider nur so gar nicht einsehen!

Hirschfeld (318) forderte in seinem Leserkreise Personen, die in ihrem Berufskreise Homosexuelle kannten, auf, diese der Menge nach, den anderen gegenüber zu zählen. Auf diese Art wurden unter 17160 Personen 393 = 2,29 % als sicher homosexuell fühlend bezeichnet, und zwar als Minimum, — eine Zahl, die mit der von Hirschfeld früher auf anderem Wege gefundenen sehr gut harmoniert und verschiedene Berufe, hohe und niedere, in und außerhalb Deutschlands umfaßt.

Die in den beiden Gutachten von **Hirschfeld** und **Burchardt** (319) geschilderten Persönlichkeiten stellen besonders charakteristische, voneinander aber sehr verschiedene Typen weiblicher Homosexualität dar. In dem ersten Gutachten tritt uns eine viril geartete, bis zur Brutalität energische Urninde entgegen, die auch in der Liebe rücksichtslos und berechnend mit der Erfüllung ihrer sexuellen Wünsche materielle Vorteile zu verknüpfen weiß und die Freundin sich in jeder Hinsicht untertan macht. — Das zweite Gutachten schildert eine in ihrem Wesen und Liebesempfinden überwiegend feminine Homosexuelle, die in der virilen Geliebten Stütze und Halt sucht. — In beiden Fällen liegt angeborene Homosexualität vor, die uns in der femininen Individualität nicht weniger intensiv entgegentritt als in der virilen. Der Schluß des ersten Gutachtens lautet folgendermaßen: „Frl. P. L. läuft in dem Zusammenleben mit Frl. T. (der energischen Virilen) ernsthafte Gefahr in gesundheitlicher und wirtschaftlicher Hinsicht schwer und nachhaltig geschädigt zu werden. Es ist daher dringend erforderlich, daß sie dem Einfluß des Frl. T. so bald als möglich entzogen wird." — Das Gutachten im 2. Falle ging dahin: „Es unterliegt keinem Zweifel, daß bei Frl. K. Th. angeborene homosexuelle Veranlagung vorliegt, die in einer leidenschaftlichen Liebe zu Frl. A. v. Z. zum Ausdruck kommt. Von einer Verführung des Frl. Th. durch Frl. v. Z. kann demgemäß keine Rede sein."

Ein Bildhauer erzählte **Näcke** (564[a]), wie er eine junge Dame bemerkt habe, die, sich unbeobachtet glaubend, im Vatikanmuseum das ominöse



blecherne Feigenblatt an einer Statue des jugendlichen Apollo beiseite schob und die Genitalien küßte. — Orgasmus dabei? — Näcke meint sehr verallgemeinernd, gar mancher abgebrochene gipserne Penis dürfte sich wohl als Fetisch im stillen Kämmerlein von Mädchen finden lassen!

Nach Kiernan: Erogenous zones in acquired sexual perversion, American Journal of Dermatology, March 1912, berichtet **Näcke** (564[18]) über einen Mann von deutsch-jüdischer Abkunft, der in Masse mit Mädchen, aber auch mit Knaben in normaler und perverser Weise sexuell verkehrte. „Wir sehen hier", sagt Näcke, „wie leicht Verführung geschieht, wie immer neue Elemente zugeführt werden, so daß geradezu ein Lasterklub entsteht." Der nicht belastete Mensch bot eine Menge Entartungszeichen, u. a. bestand bei ihm eine merkwürdige Erektionsfähigkeit seiner Brustwarzen mit Wollustgefühlen.

Besprechung „merkwürdiger Liebesbriefe" eines homosexuellen belgischen Kongregationisten an seinen von ihm verführten Schüler seitens **Schouten** (701).

Ritter (648) teilt den Fall eines sadistischen Päderasten mit, der von seinen jugendlichen Opfern verlangte, daß sie ihm die Fußzehen und Ohrmuscheln putzten, dadurch in geschlechtliche Erregung geriet und nun die Jungens per anum zu gebrauchen versuchte. Festgestellt wurde bei ihm äußerst schlechter Schulerfolg, Arbeitsscheu mit Hypochondrie, Alkoholismus und ein epileptischer Anfall.

Schorer (700) gibt für niederländische Leser eine allgemeine Aufklärung über das Urningtum, die dem heutigen Stand der Wissenschaft über diese Dinge voll entspricht.

Gerichtliche Psychiatrie[1]).

Ref.: Dr. Hugo Marx Königl. Gerichtsarzt des Kreises Teltow zweiter Arzt am Untersuchungsgefängnis, Berlin.

1. Ackermann, Curt, Dementia senilis. (Geistesstörungen des Greisenalters) mit Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 45. H. 3—4. p. 334.
2. Aichenwald, L., Zur forensisch-medizinalen Kasuistik. Neurol. Bote (russ.) 19. 568.
3. Alberti, A., Un caso di „psicosi carcerica". Note e riv. di Psichiatria. 5. 574.
4. Anderson, C. H., Criminal Insanity. Illinois Med. Journal. Sept.
5. Aschaffenburg, Gustav, Ein Jugendstrafgesetz. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 234.
6. Derselbe, Sachverständigenerlebnisse. ibidem. 8. Jahrg. p. 245.
7. Derselbe, Kriminalpsychologie und gerichtliche Medizin. Zeitschr. f. die ges. Strafrechtswissenschaft. Bd. 33. p. 763.
8. Auer, Zur Statistik und Symptomatologie der bei Marine-Angehörigen vorkommenden psychischen Störungen, insbesondere über Katatonie, pathologischen Rausch, Imbezillität und deren forensische Beurteilung. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 49. H. 1. p. 265.
9. Baumbach, Philipp, Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund. Inaug.-Dissert. Greifswald.
10. Beaussard, Epilepsie et dégénérescence mentale; vertiges, syndromes épisodiques, idées de persécution, dépression mélancolique. Réactions dangereuses, importance médico-légale. Ann. d'Hygiène publique. Janv. p. 59.
11. Derselbe, La réaction de Wassermann en psychiatrie: sa valeur clinique et médico-légale. Ann. médico-psychol. X. S. T. II. p. 88. (Sitzungsbericht.)

1) „Vorentwurf" oder „Entwurf" bedeuten in diesem Bericht den Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch.

12. Derselbe, Idées de persécution, fausses reconnaissances, auto-accusations, préoccupations générales, symbolisme. Arch. de Neurol. 10. S. T. II. p. 56. **(Sitzungsbericht.)**
13. Bechterew, W. v., Die Anwendung der Methode der motorischen Assoziationsreflexe zur Aufdeckung der Simulation. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XIII. H. 2. p. 183.
14. Becker, Theophil, Aus der Praxis der Begutachtung von Alkoholdelikten. Dtsch. militärärztl. Zeitschr No. 11. p. 401—418.
15. Becker, Werner H., Moralischer Schwachsinn vor Gericht. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Mai/Juni. p. 221.
16. Belletrud, Vol et désertion. Simulation. Débilité intellectuelle; amélioration complète; instabilité constitutionnelle. Ann. méd.-psychol. X. S. T. I. p. 308.
17. Berger, H., Psychiatrische Betrachtungen über den Vorentwurf des St.G.B. Der Gerichtssaal. 80. 209.
18. Beyer, Bernhard, Die Bestrebungen zur Reform des Irrenwesens. Material zu einem Reichsirrengesetz für Laien und Aerzte. Halle a. d. S. Carl Marhold.
19. Biltz, Erich, Die progressive Paralyse und ihre forensische Würdigung. Inaug.-Dissert. Kiel.
20. Bischoff, Ernst, Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie für Mediziner und Juristen. Berlin-Wien. Urban & Schwarzenberg.
21. Bleeck, Ein Entwurf eines Gesetzes über das Verfahren gegen Jugendliche. (Sprechsaal.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 8. p. 490.
22. Bleuler, Geisteskrankheit ohne forensische Konsequenzen und einige andere Grenzfälle. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. 44. H. 1. p. 11.
23. Blume, Gustav, Phantastik und Schwachsinn. (Gerichtliches Gutachten.) Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 3. p. 344.
24. Blumm, Rich., Aus der gerichtlichen Medizin. **Sammelreferat.** Medizin. Klinik. No. 4. p. 156.
25. Boeck, Ernst, Die Tätigkeit der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige und das Verfahren in strittigen Fällen. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 47. p. 467.
26. Bowers, Paul. E., Paretic Patients Sent to Prison. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 11. p. 771.
27. Brousse, Em., Les demi-responsables et la lettre du Prof. Grasset. Arch. de Neurologie. 10. S. T. II. No. 6. p. 381.
28. Buchholz, Über den Vorentwurf zum Reichsstrafgesetzbuch. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 11/12. p. 679.
29. Buder, Beitrag zu der Lehre vom Querulantenwahnsinn. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 492.
30. Bumke, O., Gerichtliche Psychiatrie. Handb. d. Psychiatrie. (Aschaffenburg.) Allg. Teil. 5. Abt. Leipzig-Wien. F. Deuticke.
31. Burgl, Georg, Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen. Praktisches Handbuch für Aerzte und Juristen. Stuttgart. F. Enke.
32. Derselbe, 20 ausgewählte Fälle von krimineller Hysterie mit Aktenauszug und gerichtlichen Gutachten für Aerzte und Juristen. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Juli/Dez. p. 259. 321. 433.
33. Calmettes, Sur la guérison tardive des accès d'aliénation mentale: à propos du projet de loi sur le divorce pour cause d'aliénation mentale. Ann. médico-psychol. 10. S. T. I. p. 574. **(Sitzungsbericht.)**
34. Campbell, Duncan, Über Geistesstörungen bei Epilepsie mit Berücksichtigung ihrer forensischen Bedeutung. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 50. H. 1/2. p. 115.
35. Cetline, S., Simulation et folie. Arch. de Neurol. 10. S. T. I. No. 4. p. 212.
36. Chundadse, E., Akute Alkoholpsychose als Ursache von Unzurechnungsfähigkeit. Bot. f. soziale Hygiene (russ.).
37. Claude, Henri, Sur le diagnostic des formes larvées de l'épilepsie alcoolique et des crises psycho-motrices de l'ivresse pathologique. Son importance medico-légale. Le Progrès médical. No. 41. p. 497.
38. Conradie, Louis, Ein Beitrag zur forensischen Bedeutung der Paranoia chronica. (Politischer Verfolgungswahn.) Inaug.-Dissert. Kiel.
39. Constant, De la responsabilité atténuée. Soc. de Méd. légale. 11. Mars.
40. Corberi und Gonzales, Psychiatrisches Gutachten über einen Verbrecher. Arch. di Antropol. crim. Bd. 33. H. 5.
41. Cramer, A., Gutachten. Erstattet auf Ersuchen des Rats bei der Behörde der öffentlichen Jugendfürsorge Edgar Crasemann in Hamburg über die volljährigen geistig Minderwertigen und ihre Behandlung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 239. (Sprechsaal.)
42. Cristiani, A., Contributo psichiatrico-forense allo studio dell'epilessia ed alcoolismo. Riv. sperim. di Freniatr. Vol. 38. p. 82. **(Sitzungsbericht.)**

43. Crothers, T. D., Criminality and Morphinism. New York Med. Journ. Jan. 27.
44. Dannehl, Ueber Simulation. Dtsch. militärärztl. Zeitschr. H. 10. p. 361—377.
45. Dannemann, Ist die Entmündigung chronisch-krimineller Minderwertiger zum Sicherungszwecke zu empfehlen. Recht und Wissenschaft. 1. 479.
46. David, Ludwig, Die Ehescheidung bei Geisteskrankheit. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
47. Deroitte, V., Les lacunes de l'assistence judiciaire et sociale des anormaux. Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique. 482.
48. Dobrotworsky, N., Totschlag im Anfall von Geistesstörung während Abdominaltyphus. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (russ.) 11. 743.
49. Dück, Beitrag zur Schrift der Querulanten. Graphologische Monatshefte. Bd. X. No. 7—8. 1908. Juli Aug.
50. Dupré et Marmier, Condamnation pour vol d'un Paralytique général avancé. Revue neurol. 2. Sém. p. 623. (Sitzungsbericht.)
51. Eastman, F. C., and Rosanoff, A. J., Association in Feeble-Minded and Delinquent Children. Amer. Journal of Insanity. July.
52. Eder, Friedrich, Die Jugendlichen in einem Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Inaug.-Dissert. Erlangen.
53. Eisath, Georg, Ein krimineller Fall vom klinischen und gerichtspsychiatrischen Gesichtspunkte betrachtet. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 36—37. p. 419. 437.
54. Entmündigung. Der österreichische Gesetzentwurf über Entmündigung und die Befangenheit der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 41. p. 407.
55. Fabinyi, R., Drei Fälle von Gefängnispsychosen. Neurol. Centralbl. p. 1449. (Sitzungsbericht.)
56. Faddejew, T., Noch ein Fall von Fahnenflucht infolge affektiven Zustandes. Militärmediz. Journ. (russ.) 238. 38.
57. Feith, Misdadige Kinderen. Amsterdam. Schetens en Giltay.
58. Francotte, X., De quelques desiderata relatifs à l'expertise en matière psychiatrique (avec une observation d'ivresse pathologique). Bull. de l'Acad. Royale de Méd. de Belgique. 26. 439.
59. Freudenthal, B., Allmenröder, K., Becker, L., Polligkeit, W., und Vogt, H., Das Jugendgericht in Frankfurt am Main. Berlin. Julius Springer.
60. Frey, Svenson, Die schwedische Strafgesetzgebung betr. Verbrechen, die unter dem Einfluss des Alkohols begangen worden sind. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. p. 39.
61. Friedmann, E., und Konrád, E. v., Die beschränkte Zurechnungsfähigkeit im Zivilrechte. Elmeorvosi Ertekezlet Munkálatai. 6. 28.
62. Friedmann, Konrad, Szászy, Kann und soll im bürgerlichen Recht ein dem beschränkten Zurechnungsvermögen entsprechender Begriff geschaffen werden? Wiener mediz. Wochenschr. p. 2621. (Sitzungsbericht.)
63. Friedrich, Julius, Alkoholismus und Strafzumessung. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. No. 1. p. 23.
64. Friedrich, Waldemar, Die strafrechtliche Bedeutung des manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox. Inaug.-Dissert. Bonn.
65. Fursac, R., Observation d'un mythomane. Contribution à la médicine légale de la mythomanie. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 465.
66. Göbel, Die Schutzfürsorge und der Vorentwurf zu einem Reichsstrafgesetzbuch. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 6. p. 347.
67. Goddard, H. H., Responsability of Children in the Juvenile Court. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. III. No. 3. p. 365.
68. Göring, M. H., Die Beurteilung des Vorentwurfs zu einem deutschen Strafgesetzbuch durch die Psychiater. Zeitschr. f. die ges. Strafwissensch. Bd. 33. p. 146.
69. Grasset, Les Demi-Responsables et la Lettre Du Professeur Grasset. Archives de Neurologie. (cf. No. 27.)
70. Graux, Lucien. Le divorce des aliénés. Paris. A. Maloine.
71. Grimal, R., L'alcoolisme du jeune soldat. L'acte délictueux et son expertise médicolégale. Thèse de Lyon.
72. Grimm, Friedrich, Zur Strafrechtsreform: Ist eine strafrechtliche Sonderbehandlung der Altersstufe vom vollendeten 18. bis zum vollendeten 21. Lebensjahre empfehlenswert? Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 11/12. p. 708.
73. Gross, Das Experiment im Gerichtssaal. Dtsch. Juristen-Zeitung. No. 5.
74. Gudden, Hans, Einige Gutachten über bestrittene Vertragsfähigkeit beziehungsweise Testierfähigkeit. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Mai/Aug. p. 226. 302.
75. Hadlich, R., Ein Fall physiologischer Beschränktheit forensisch betrachtet. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. No. 24. p. 924.
76. Hamel, J. A., Das Unerwünschte einer Psychopathengesetzgebung. Tijdschr. v. Strafrecht. 23. 149.





77. Hammer, W., Der Gegenentwurf zum Deutschen Reichsstrafgesetzbuche. Dtsch. Aerzte-Ztg. No. 18—23. p. 291. 359.
78. Hauck, H., Psychiatrisches Gutachten über Ausschluss der freien Willensbestimmung. Zeitschr. f. die ges. Strafwissensch. Bd. 34. H. 2. p. 177.
79. Haymann, H., Selbstanzeigen Geisteskranker. Jurist.-psych. Grenzfragen. 1911. VII. H. 8. Halle. C. Marhold.
80. Hefner, Georg, Die Pflegschaft neben der elterlichen Gewalt. Inaug.-Dissert. Giessen.
81. Heilbronner, K., und Schepel, C. J. H., Über Entmündigung. Zwei Vorträge. Psych.-jurid. Ges. Mai.
82. Hentig, Hans v., Neues Jugendrecht in Frankreich, Belgien und Deutschland. Eine Kritik. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 9. p. 513.
83. Henze, A., Die Hilfsschule. Handbuch der Erforschung und Fürsorge des jugendlichen Schwachsinns unter Berücksichtigung der psychischen Sonderzustände im Jugendalter. 2. Heft.
84. Hofmann, Joh., Über Beobachtungen auf Zurechnungsfähigkeit. Inaug.-Dissert. Marburg.
85. Hoisholt, A. W., Dream-State of Delirium Tremens and Inadequacy of California Statutes in Not Covering Certain Conditions of Irresponsability for Crime, Exemplified in Unusual Case. California State Journal of Medicine. Oct.
86. Homburger, Lebensschicksale geisteskranker Strafgefangener. Katamnestische Untersuchungen nach den Berichten L. Kirn's über ehemalige Insassen der Zentralstrafanstalt Freiburg i. B. Verlag Julius Springer. Berlin.
87. Hoppe, H., Simulation und Geistesstörung. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLIII. H. 2. p. 282.
88. Hoyningen-Huene, Oswald Baron v., Die Regelung der verminderten Zurechnungsfähigkeit im deutschen, österreichischen und schweizerischen Vorentwurf. 1911. Inaug.-Dissert. Göttingen.
89. Hughes, C. H., Real and Pseudo-Expert Medical Testimony before Courts and Juries. The Alienist and Neurol. Vol. 33. No. 1. p. 13.
90. Ilberg, Georg, Die forensische Bedeutung der Dementia paralytica. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 46. H. 1—2. p. 102.
91. Jahrmärker, M., Die Pflegschaft gemäss § 1910 Abs. 2, 3 BGB. über entmündigungsreife Geisteskranke. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 34—36. p. 397. 412.
92. Jaksch, Rud., Zum Gesetzentwurfe über die Entmündigung. Der Amtsarzt. No. 7. p. 332.
93. Jergolsky, W., Zur Frage der Mängel unserer Gesetzgebung über geisteskranke Verbrecher. Psych. der Gegenwart. (russ.) 6. 349.
94. Jödicke, P., Simulation von epileptischen Anfällen durch einen jugendlichen Psychopathen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. No. 1. p. 46.
95. Kalmus, Ernst, Die kriminalistischen Aufgaben des Arztes nach gegenwärtigem und zukünftigem Recht. Prager Mediz. Wochenschr. No. 38—39. p. 543. 555.
96. Kiernan, Jas. G., Perjury by the Insane. The Alienist and Neurologist. Vol. 33. No. 2. p. 174.
96a. Derselbe, Dasselbe. ibidem. No. 4. p. 418.
97. Derselbe, Kleptomanie und Pyromania. ibidem. Vol. XXXIII. No. 2. p. 147. No. 4. p. 373.
98. Kinberg, Olof, Obligatory Psychiatric Examination of Certain Classes of Accused Persons. Journ. of the Amer. Inst. of Criminal Law. Vol. II. No. 6. p. 858.
99. Derselbe, Om obestämda straffdomar. Förhandlingar vid Kriminalistkongressen i. Stockholm. 1911. p. 151.
100. Kirchberg, Paul, Über Eigentumsvergehen bei Dementia paralytica. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 49. H. 3. p. 772.
101. Köhne, Die Tätigkeit der Jugendgerichte in Berlin. Dtsch. Juristen-Zeitung. No. 10.
102. Kolisko, Alex, Fieberphantasien eines Pneumonikers als Anlass irriger Angaben über stattgehabte Misshandlungen. Fakultätsgutachten. Wiener klin. Wochenschr. No. 1. p. 39.
103. Kratter, Julius, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. Stuttgart. F. Enke.
104. Lachtin, M., Theoretische Begründung der Zurechnungsfähigkeit. Fragen d. Psychiatrie. u. Neurol. (russ.) 1. 145.
105. Lalanne, De la valeur du témoignage des aliénés en justice. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 322.
106. Landsberg, Das Jugendgericht. Hannover. Helwig.
107. Derselbe, Anregung zu einem Reichsgesetze über die gerichtliche Behandlung gefährdeter und straffälliger Minderjähriger. Die Jugendfürsorge. Dez.



108. Latapie et Cier, M., De l'importance de l'aura psychique dans le déterminisme des actes impulsifs commis en période crépusculaire. Annales médico-psychol. 10. S. T. I. p. 33.
109. Legras, Affaire médico-légale. Simulation. Arch. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 106. **(Sitzungsbericht.)**
110. Derselbe, Juquelier et Sengès, Débilité mentale et désir obsédant de visiter l'Algérie. Départ soudain à l'occasion d'un vol compliqué d'abus de confiance, expertise médico-légal, internement. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 182. **(Sitzungsbericht.)**
111. Lelong, J., Le médecin-expert commis en vertu de l'article 64 pour examiner l'état mental de l'accusé depasse-t-il les limites de sa mission en concluant à la responsabilité attenuée? Revue de méd. légale. **19.** 149.
112. Leppmann, A., Der Minderwertige im Strafvollzuge. Ein Leitfaden für die Gefängnispraxis. Veröffentlichungen aus d. Geb. d. Medizinalverwaltung. Bd. I. H. 15. Berlin. R. Schötz.
113. Derselbe, Tötung auf ausdrückliches und ernstliches Verlangen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. p. 319. **(Sitzungsbericht.)**
114. Leroy, R., Délire d'interprétation hypochondriaque avec réaction suicide et homicide. Arch. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 107. **(Sitzungsbericht.)**
115. Derselbe, A propos du divorce. Rémission très complète survenue chez une démente précoce (?) au bout de six années. Ann. méd.-psychol. X. S. T. I. p. 339. **(Sitzungsbericht.)**
116. Levy-Suhl, Max, Die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter und die Reformvorschläge zu § 56 des Deutschen Strafgesetzbuches. Stuttgart. Ferdinand Enke.
117. Derselbe, Die jugendlichen Angeklagten und ihre sittliche Reife. Die Grenzboten. No. 49. p. 479.
118. Derselbe, Die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter und die Reformvorschläge zum § 56 des deutschen Strafgesetzbuches. I. Teil. Kriminalpsychologische Studie auf Grund von 1200 Ausfrageversuchen. Zeitschr. f. Psychotherapie. Bd. IV. H. 3—4. p. 146. 232.
119. Lipps, G. F., Das Problem der Willensfreiheit. Leipzig. B. G. Teubner.
120. Derselbe, Zurechnung und Strafe. ibidem.
121. Luciani, Luigi, Sullo stato mentale della Contessa Aurelia Gentili di Rovellone in causa d'invocata nullità di testamento. (Perizia medico legale.) Arch. di Antropol. crim. T. 33. No. 5—6. p. 553. 677.
122. Maier, Hans W., Die Zusammensetzung der Jugendgerichte. Jahrb. f. schweiz. Ges. f. Schulgesundheitspflege. Bd. 13. p. 336.
123. Marx, H., Zurechnungsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit. Ein Beitrag zur Frage des Dualismus in der forensischen Psychiatrie. Berl. klin. Wochenschr. No. 13. p. 585.
124. Derselbe, Falsche Selbstbezichtigung und Massensuggestion. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 9. p. 540.
125. Material zu § 1569 B.G.B. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 50. p. 505.
126. Mathé, L., La responsabilité atténuée. Lois faites dans les divers pays, lois à faire, concernants les criminels à responsabilité attenuée. Préface de Joseph Rainach, député. Paris. Vigot frères.
127. Mayer, Th. O., Die freie Willensbestimmung und das deutsche Strafrecht. Der Gerichtssaal. **79.** 113.
128. Mercklin, A., Aerztliche Bescheinigungen über geistige Krankheit oder Gesundheit. Medizin. Klinik. No. 49. p. 1975
129. Meyer, E., Alkohol und Zurechnungsfähigkeit. Recht und Wirtschaft. Juli.
130. Derselbe, Die Behandlung der verminderten Zurechnungsfähigen, Trinker und Jugendlichen in den Entwürfen zum Strafgesetzbuch und zur Strafprozeßordnung. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 1409. **(Sitzungsbericht.)**
131. Derselbe und Puppe, G., Ueber gegenseitige Anziehung und Beeinflussung psychopathischer Persönlichkeiten. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLIII. H. 1. p. 84.
132. Mezger, E., Der Krankheitsbegriff im § 51 St.G.B. Zeitschr. f. die ges. Strafwissensch. Bd. 33. p. 159.
133. Derselbe, Die Suggestion in kriminalpsychologisch-juristischer Beziehung. ibidem. **33.** 847.
134. Miller, Die Begutachtung des Geisteszustandes vor Gericht. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 29. p. 1614.
135. Mittermaier, Aus dem amerikanischen Gefängniswesen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 7. p. 425.



136. Moerchen, Friedrich, Die Entmündigungssache Peill-Schillings. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 38. p. 445.
137. Moll, Albert, Irrtümer der Strafjustiz und ärztliche Sachverständige. Aerztl. Sachverst.-Zeitung. No. 1. p. 12.
138. Möller, Sittlichkeitsdelikte im epileptischen Dämmerzustande. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 3. F. Bd. XLIV. H. 2. p. 284.
139. Müller-Schürsch, E. Herm., Das Arbeitsgebiet der gerichtlichen Medizin. Schweizerische Juristen-Ztg. H. 1.
140. Németh, E. v., und Finkey, F., Welche Fälle der beschränkten Zurechnungsfähigkeit können legislatorisch angeführt werden? Elmeorvosi Ertekezlet Munkálatai. 6. 85.
141. Nerlich, Ein Fall von Simulation geistiger Störung. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 50. H. 1/2. p. 24.
142. Noble, Henry S., The Responsability of the Insane. Medical Record. Vol. 82. No. 1. p. 43. **(Sitzungsbericht.)**
143. Nonne, Selbstverstümmelung bei Delirium tremens. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. 1913. p. 184.
144. Noorduyn, A. P. F. J., In welcher Weise können die Resultate der Kindergesetzgebung kontrolliert werden und lässt sich schon jetzt darüber etwas bestimmen.? Psych. jurid. Ges. Januar.
145. Derselbe, Das vorläufige Resultat der Kindergesetzgebung während der Zwangspflege. Tijdschr. v. Strafrecht. 23. 436.
146. Obersteiner, Der Geisteskranke und das Gesetz in Österreich. Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Jurist.-psych. Grenzfragen. 1911. VII. Halle. C. Marhold.
147. Oppermann, W., Psychiatrische Aufklärung im Dienste der Strafrechtspflege. Deutsche Richterzeitung. p. 82—84.
148. Oppermann, M., Irrenanstalten und Strafrecht. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 211.
149. Overbeek, H. J., Der Psychopath im Gefängnis. Tijdschr. v. Strafr. 23. 114.
150. Pagenstecher, Alexander, Simulation vor 100 Jahren. Wiener klin. Wochenschr. No. 24. p. 920.
151. Palmer, A., Mentally Defective Prisoner. Australasian Med. Gazette. Oct. 12.
152. Parant, Victor père, La responsabilité atténuée et sa sanction pénale. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 439.
153. Derselbe, Divorce et aliénation mentale. Les maladies mentales dues au mariage, le pronostic de l'incurabilité. ibidem. X. S. T. II. No. 1. p. 46.
154. Derselbe, Divorce et aliénation mentale. Replique à M. le Docteur Trénel. ibidem. 10. S. T. II. No. 6. p. 519.
155. Perzew, W., Zur Frage der Unterbringung von Angeklagten zur Prüfung in Irrenhäusern. Korsakoffsches Journal. 12. 501.
156. Petro, F., Mitomania e simulazione di reato specialmente considerate negli adolescenti. Annali di Freniatria. 22. 251.
157. Pierpers, M. C., Die Einmischung des Psychiaters in Strafsachen. De Bemovenis van den Psychiater in Strafzaken. Haag. Gebr. Belinfante.
158. Placzek, Aus der forensisch-psychiatrischen Tagesgeschichte. Medizin. Klinik. No. 1—2. p. 11. 60.
159. Plaut, Felix, Zur forensischen Beurteilung der kongenital Luetischen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. XI. H. 5. p. 639.
160. Prince, A., Amnésie de fixation et fabulation chez un alcoolique chronique. Revue de Psychiatrie. 8. S. Vol. XVI. No. 3. p. 107.
161. Psychopathengesetze, Besprechung der —. Psych. en Neurol. Bladen. 16. 329.
162. Puppe, Gerichtsärztliche Erfahrungen bei der Untersuchung krimineller Jugendlicher. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin. 43. Suppl. p. 357. **(Sitzungsbericht.)**
163. Puppel, Richard, Über Alkoholvergiftung vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Nov./Dez. H. VI. p. 401.
164. Radziwillowicz, R., Bemerkungen über das neue englische Gesetz die Geistigminderwertigen betreffend. Neurologja Polska. Bd. II. H. 9.
165. Raecke, Zur psychiatrischen Beurteilung sexueller Delikte. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 49. H. 1. p. 25.
166. Rainsford, F., Some Cases of „Medico-Legal" Interest. The Journ. of Mental Science. Vol. LVIII. p. 476.
167. Régis, E., Un caso de sobresimulación. Archivos de Psiquiatria y Criminol. 11. 242.
168. Derselbe, Simulation de la folie et syndrome der Ganser. L'Encéphale. 2. S. No. 8. p. 97. u. Revue de méd. légale. 19. 226.
169. Reitz, G., Pathologische Kriminalität und verminderte Zurechnungsfähigkeit. Psych. d. Gegenwart (Russ.) 6. 427 (511).



170. Rettich, Walter, Zur forensischen Würdigung der Imbezillität mit Degenerationszeichen. Inaug.-Dissert. Kiel.
171. Richardson, W. W., The „Imprisonment Psychosis" with Report of Cases. Amer. Journ. of Insanity. 68. 473.
172. Rieger, Conrad, Über ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen. (4. Bericht aus der Psychiatrischen Klinik in Würzburg.) Würzburg. C. Kabitzsch.
173. Ritti, Ant., Réhabilitation, après la mort, d'un paralytique général condamné pour vol. Ann. méd.-psychol. 10. S. T. I. p. 196. **(Sitzungsbericht.)**
174. Rorschach, H., Pferdediebstahl im Dämmerszutand. Archiv f. Kriminalanhtrop. Bd. 49 H. 1—2. p. 175
175. Rosenfeld, H., Die Beobachtung des Geisteszustandes im Strafverfahren. Festschr. d. med.-naturw. Ver. in Münster. p. 369.
176. Rougé, C., Notes de médecine légale. Les processifs. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 667.
177. Rümelin, Max, Die Geisteskranken im Rechtsgeschäftsverkehr. Tübingen. J. C. B. Mohr.
178. Rupprecht, Karl, Die Tätigkeit der Jugendgerichte in München. Dtsch. Juristen-Ztg. No. 10.
179. Derselbe, Die bedingte Begnadigung im Strafverfahren gegen Jugendliche. Archiv f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 1—2. p. 127.
180. Salgó, T., Willensentschliessung und Rechtspraxis. Jurist.-psych. Grenzfragen. 1911. VII. Halle. C. Marhold.
181. Salles, Contribuçao ao estudo da simulaçao da loucura. Arch. Brasil. de Psych. VII. 1911. No. 1—2.
182. Sarrat, J., De l'infanticide dans ses rapports avec les psychoses transitoires des femmes en couches. Thèse de Lyon.
183. Savage, George H., A Lecture (Notes of) on Medico-Legal Relationships of General Paralysis of the Insane. The Lancet. I. p. 275.
184. Schäfer, Gerhard, Ein Fall hartnäckiger Simulation von Geisteskrankheit. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 47. H. 3/4. p. 279.
185. Derselbe, Erwiderung auf H. Voss: Zur forensischen Kasuistik des sog. neurasthenischen Irreseins. H. Gross-Archiv. Bd. 49. H. 1/2. p. 133—148. ibidem. Bd. 50. H. 1/2. p. 160.
186. Schedtler, Zum Fall Albrecht. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 33. p. 390.
187. Schermers, D., Die neuen Niederländischen Gesetzentwürfe für die Psychopathen. ibidem. XIV. Jahrg. No. 16—18 p. 171. 185. 194.
188. Schlue, Bernhard, Ein Beitrag zur Lehre von den epileptischen Verwirrtheitszuständen nebst ihrer forensischen Würdigung. Inaug.-Dissert. Kiel.
189. Schmid-Guisan, Hans, Gutachten über die Zeugnisfähigkeit einer 59jähr. Frau nach Hirnblutungen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 7. p. 393.
190. Schoenfeldt, Über die sogenannte Kleptomanie. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 117. **(Sitzungsbericht.)**
191. Schubart, Die angeborene Geistesschwäche und ihre forensische Bedeutung. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 46. H. 1—2. p. 166.
192. Schultze, E., Das Irrenrecht. G. Aschaffenburg. Handbuch der Psychiatrie. Allgemeiner Teil. Abteilung 5. Wien. Fr. Deuticke.
193. Schurig, Bruno, Die strafrechtliche Bedeutung der sog. verminderten Zurechnungsfähigkeit. Inaug.-Dissert. Würzburg.
194. Schütze, W., Erinnerungstäuschungen durch Kopfverletzung. Arch. f. Kriminalanthropol. Bd. 47. H. 1—2. p. 110.
195. Schweig, B., Die strafrechtliche Bedeutung der sog. verminderten Zurechnungsfähigkeit. Inaug.-Diss. Würzburg.
196. Schweighofer, Josef, Die Vorlage des österreichischen Entmündigungsgesetzentwurfes. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 8. p. 83.
197. Derselbe, Der österreichische Gesetzentwurf über Entmündigung und die Befangenheit der Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten. ibidem. XIII. Jahrg. No. 41. **1911.**
198. Seidel, Johannes, Das Änderungsgesetz zum Reichsstrafgesetzbuch vom 19. Juni 1912. (Lex Wellstein.) Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 197.
199. Seige, Max, Neuere forensisch-psychiatrische und kriminal-psychologische Arbeiten. Sammelreferat. Medizin. Klinik. No. 19. p. 789.
200. Sengès, Accès dépressif avec idées obsédentes. Voyage de Norvège à Paris et autodénonciation. Arch. de Neurol. 10. S. T. II. p. 56. **(Sitzungsbericht.)**
201. Siegmund-Schultze, F., Das Jugendgericht von Chicago. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 9. Jahrg. H. 4. p. 223.
202. Staiger, Die Behandlung psychopathisch minderwertiger Strafgefangener jetzt und nach dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 68. H. 4. p. 458.



203. Stekel, Wilhelm, Kriminalität und Epilepsie. Zentralbl. f. Psychoanalyse. 2. Jahrg. p. 206.
204. Stern, Felix, Über die akuten Situationspsychosen der Kriminellen. Aerztl. Sachv.-Ztg. No. 14. p. 281.
205. Sugie, T., Frühere Gesetze und Geisteskrankheiten. Neurologia. Bd. XI. H. 7 u. 11. (Japanisch.)
206. Szászy, A. v., Soll und kann im Zivilrechte ein der beschränkten Zurechnungsfähigkeit entsprechender Begriff gebildet werden? Elmeorvosi Ertekezlet Munkálatai. 6. 59.
207. Tietz, Friedrich, Zur Lehre von den in der Haft entstehenden Psychosen. Inaug.-Dissert. Kiel.
208. Torren, J. van der, Der Entwurf der neuen Psychopathengesetze für die Niederlande. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. IX. H. 1. p. 100.
209. Traeb, W. M., Die Behandlung der Morphiumsucht in Gesetz und Rechtsprechung, zugleich ein Vorschlag zur Reform des Strafgesetzbuches. Arch. f. Strafrecht. 59. 69.
210. Trénel, Sur la remise à l'aliéné de citations à comparaître, en matière de divorce. Ann. médico-psychol. 10. S. T. I. p. 585. (Sitzungsbericht.)
211. Derselbe, Sur la mise en liberté d'une alcoolique. ibidem. X. S. T. I. p. 724. (Sitzungsbericht.)
212. Derselbe, Divorce et aliénation mentale; réponse à l'article de M. Parant. ibidem. 10. S. T. II. p. 357.
213. Urteil des Kgl. preussischen Kammergerichts betr. § 672 Abs. 3 Z.P.O. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 2—3. p. 13. 29.
214. Vallon, Charles, et Genil - Perrin, Georges. La psychiatrie médico-légale dans l'oeuvre de Zacchias (1584—1659). Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 2—3. p. 45. 90.
215. Verschner, J. A. van, Kinderrechtbanken (Jugendgerichte). Proefschrift ter Verkrijing an den graad van Doctor in de Rechtswetenschap. Utrecht. P. den Boer.
216. Vigouroux, A., Juquelier, P., et Fillassier, A., L'aliénation mentale cause de divorce. (Enquête.) Gaz. méd. de Paris. p. 40.
217. Vogt, H., Die Tätigkeit des ärztlichen Gutachters beim Jugendgericht. Das Jugendgericht in Frankfurt a. M. p. 87.
218. Vorkastner, W., Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie XI. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 1—9. p. 5. 16. 26. 57. 64. 76. 87. 95.
219. Voss, H., Kann der Wiederaufnahmerichter eine Beobachtung des Verurteilten in einer Irrenanstalt anordnen? Dtsch. Juristenzeitung. 1911. No. 24.
220. Derselbe, Zur forensischen Kasuistik des sog. neurasthenischen Irreseins. Zugleich ein Beitrag zur Methode psychiatrischer Begutachtung. Arch. f. Kriminalanthrop. Bd. 49. H. 1—2. p. 133. (cf. Kapitel: Kriminalanthropologie.)
221. Wagner von Jauregg, Gutachten der Wiener medizinischen Fakultät. (Todschlag an der Geliebten. Fragliche Bewusstseinsstörung durch Rausch oder Affekt. Verurteilung. Nachträgliche Beurteilung des Geisteszustandes anlässlich eines Gesuches um Wiederaufnahme des Verfahrens.) Wiener klin. Wochenschr. No. 21. p. 797.
222. Derselbe, Ueber krankhafte Triebhandlungen. ibidem. No. 11. p. 403.
223. Wassermeyer, Geisteskrankheit oder Simulation. Zwei Gutachten. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. Mai/Juni. p. 161.
224. Weber, Die Praxis bei der Durchführung der Pflegschaft nach dem B.G.B. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 5. 257.
225. Derselbe, Über Dementia paralytica und deren forensische Bedeutung. Archiv f. Kriminalanthropol. Bd. 45. H. 3—4. p. 304.
226. Weber, L. W., „Geistesschwäche“ im Sinne der Reichsgewerbeordnung. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 24. p. 274.
227. Weygandt, W., Berufsvormundschaft über die volljährigen geistig Minderwertigen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 8. Jahrg. H. 11/12. p. 694.
228. Derselbe, Aerztliches über die Behandlung der Verbrechen und Vergehen gegen die Sittlichkeit im Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 19—20. p. 906. 955.
229. Derselbe, Psychiatrische Begutachtung von Mördern. Mitteil. a. d. Hamburg. Staatskrankenanst. XI. H. 12.
230. Wilmanns, Karl, Die psychiatrische Sachverständigen-Tätigkeit und der Strafrichter. Zeitschr. f. die ges. Strafrechtswissenschaft. Bd. 34. H. 2. p. 125.
231. Wyss, Walther v., Verbrechen vor oder im Beginn der Dementia praecox als Inhalt der Psychose. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. X. H. 3. p. 245.
232. Zaitzeff, Leo, Die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit bei Massenverbrechen. Jurist. psych. Grenzfragen. Bd. VIII. H. 6. Halle a/S. Carl Marhold.
233. Zangger, H., Die moderne Stellung der gerichtlichen Medizin. Die Beziehungen zwischen Medizin und Recht. Zürich. Art. Institut Orell Füssli.



234. Derselbe, Über die Beziehungen des Kindes zum Verbrechen. Jahrb. f. Schweizer. Ges. f. Schulgesundheitspflege. XIII.
235. Zetlin, S., Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheiten. Korsakoffsches Journal f. Neuropath. (Russ.) 12. 54.
236. Ziemke, Glossen zum Strafgesetzentwurfe. Medizin. Klinik. No. 12—16. p. 508. 547. 589. 635. 675.
237. Zimmermann, Fritz, Pflegschaften über Volljährige. Inaug.-Dissert. Giessen.
238. Zingerle, H., Über transitorische Geistesstörungen und deren forensische Beurteilung. Jurist.-psychiatr. Grenzfragen. VIII. H. 7. Halle a/S. C. Marhold.
239. Zosin, P., Sur le critérium de la nocivité en matière criminelle. Jassy. 1911. Imprim. nationale.

I. Strafrecht.

Ackermann (1) faßt in einer für den Laien recht instruktiven Weise die forensische Bedeutung des Altersblödsinns zusammen. Auch die zivilrechtliche Bedeutung der senilen Störungen findet zum Schluß ihre Würdigung, insbesondere aber gelten die Ausführungen dem spezifischen Verbrechen der Greise und Unzuchtsverbrechen an Kindern. Sehr gut ist die klinische und anatomische Schilderung der dementia senilis dem Verf. gelungen. Es werden auch die Vorschläge erörtert, die für und gegen die gesetzliche Festlegung des Greisenalters in bezug auf die Zurechnungsfähigkeit gemacht worden sind (Aschaffenburg, Zingerle, Kirn, Cramer, Leppmann). Zum Schluß betont Ackermann, daß man auch bei der Verwertung von Anklagen und Zeugenaussagen seniler Personen ganz besonders vorsichtig sein muß.

Aschaffenburg (7) gibt hier eine kritische Übersicht über eine Reihe von literarischen Neuerscheinungen auf dem gesamten Gebiete. Der Bericht umfaßt 29 Nummern.

Aschaffenburg (6) weist auf die schwere Schädigung hin, die den Sachverständigen dadurch entsteht, daß die Gerichte sie zu Terminen schon zu einer Zeit laden, zu der ihre Anwesenheit an Gerichtsstelle noch überflüssig ist. Die Gerichte sollten zeitlich besser disponieren. Es sei auch für die Würde des Rechtsspruches besser, wenn einmal eine Pause eintreten müsse, als wenn mehrere Termine, wie vor dem Schöffengericht, auf dieselbe Stunde gesetzt würden, wodurch dann der Verdacht eines unwürdigen Geschäftsbetriebes entstehen könne.

Becker (15) läßt den moralischen Schwachsinn der Regel nach nur als ein Moment geminderter Zurechnungsfähigkeit gelten; zur Exkulpierung des Angeschuldigten reicht der moralische Schwachsinn häufig nicht aus.

Buchholz (28) hat Bedenken gegen die kasuistische Aufzählung geistiger Störung, wie sie der § 63 des Vorentwurfs vorsieht. Die Fassung des gegenwärtigen § 51 sagt ihm mehr zu als die vorgeschlagene Dreiteilung: bewußtlos, blödsinnig oder geisteskrank. Auf die freie Willensbestimmung will der Verf. nicht eingehen, er macht auf die gemachten Gegenvorschläge aufmerksam, die sich an den Wortlaut der österreichischen Fassung des psychologischen Zusatzes anschließen. Er ist damit einverstanden, selbstverschuldete Trunkenheit nicht als Strafausschließungsgrund gelten zu lassen. Die Bestimmungen über die verminderte Zurechnungsfähigkeit erscheinen dem Verf. bedenklich, weil nicht einzusehen sei, daß es Zustände von Bewußtlosigkeit oder Blödsinn gebe, welche die freie Willensbestimmung nicht ausschließen sondern nur vermindern. Es folgt dann eine Besprechung der Verwahrungsbestimmungen, der Maßnahmen gegenüber den Jugendlichen, derjenigen bei Trunksucht.

Das **Burgl**'sche (31) Handbuch wird dem Fachpsychiater und dem Gerichtsarzte, abgesehen von der reichen und interessanten Kasuistik, wenig



Neues bringen; dagegen ist das Buch, das sich durch eine klare, leicht faßliche Darstellung auszeichnet, zum Gebrauch für Juristen und für Ärzte, die sich nur gelegentlich in der allgemeinen Praxis mit der Erkennung und Behandlung von Seelenstörungen befassen, durchaus empfehlenswert. Das Buch zerfällt, abgesehen von der Kasuistik, in zwei Hauptabschnitte, deren ersterer die Klinik der Hysterie enthält, deren zweiter die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen behandelt. Der Referent, der seit vielen Jahren als Arzt an der Frauenabteilung eines großen Gefängnisses tätig ist, kann die Richtigkeit der Burglschen Beobachtungen im großen und ganzen bestätigen, nur will es mir erscheinen, daß unter den akuten Haftpsychosen der Gansersche Dämmerzustand nicht so häufig ist, wie es der Verf. mit Wilmans anzunehmen scheint. In voller Übereinstimmung befinde ich mich mit dem Verf., wenn er besonders den Juristen gegenüber betont, daß es bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen im großen und ganzen recht wenig auf die intellektuellen Leistungen ankommt, die nahezu unvermindert, ja hier und da geradezu gesteigert erscheinen können, während doch gleichzeitig in der Sphäre der Vorstellungen, besonders der gefühlsmäßigen die schwersten Störungen vorhanden sein können.

Hauck (78) erörtert die Frage, ob es zur Aufgabe des Arztes gehört, sein Gutachten auch daraufhin zu erstrecken, ob durch den konstatierten Krankheitszustand die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war oder nicht. Hauck bejaht diese Frage und beruft sich für seine Ansicht besonders auch auf die Begründung zum Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuches. Wenn letzten Endes auch der Richter über den Ausschluß der freien Willensbestimmung entscheide, so könne er doch auch in dieser Frage der Mitwirkung des Arztes nicht entbehren, dessen Gutachten gerade hier bedeutsam in den Vordergrund trete.

Hughes (89) tadelt die ärztlichen Pseudo-Sachverständigen, die ohne jede Sachkenntnis zum Schaden der Rechtspflege und zum Schaden des Berufes vor Gericht auftreten. Er belegt seine Ausführungen mit einer Reihe eigener Beobachtungen.

Kalmus (95) bewertet die gerichtsärztliche Tätigkeit nach gegenwärtigem und zukünftigem Recht und bespricht die einzelnen Aufgaben, die an den Gerichtsarzt herantreten können, so den Nachweis von Spuren, die Untersuchung von Leichen und Leichenteilen, insbesondere die mikroskopische Untersuchung, dann die psychiatrische Exploration, deren besondere Schwierigkeiten hervorgehoben werden. Auch die Frage der Kastration von Verbrechern wird gestreift, schließlich auch die Möglichkeit ärztlicher Prophylaxe gegenüber kriminellen Handlungen.

Das hier interessierende Kapitel des **Kratter**'schen (103) Lehrbuches, die forensische Psychiatrie, ist ziemlich knapp gehalten, wobei indessen alles Wissenswerte über die zweifelhaften Geisteszustände beigebracht worden ist. Auch die einschlägige Literatur ist im wesentlichen angeführt, desgleichen die in Frage kommenden gesetzlichen Bestimmungen. Im Kapitel Entmündigungen sind die deutschen Begriffe Entmündigungen und Pflegschaft nicht hinreichend gegeneinander abgegrenzt. Immerhin ist das Krattersche Lehrbuch bei der Vortrefflichkeit der übrigen Abschnitte auf das lebhafteste zu empfehlen.

Auf Grund eigner Erfahrungen und Beobachtungen im Falle der Frau v. Schoenebeck bespricht **Marx** (123) die Verschiedenheit der Gesichtspunkte, die für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit und der Geschäftsfähigkeit maßgebend sind. Während die Zurechnungsfähigkeit im gewissen Sinne ein Minimum von geistigen Energien erfordert, so verlangt die Ge-



schäftsfähigkeit ein Maximum. Bei der Zurechnungsfähigkeit handelt es sich um das Aufbringen einer gewissen Summe von Energien in einem bestimmten Augenblick, die Geschäftsfähigkeit verlangt die Aufbietung einer möglichst großen Summe von geistigen Potenzen für einen unbeschränkt langen Zeitraum, für die Dauer des Lebens.

Mercklin (128) weist mit Recht daraufhin, wie unbedenklich oft ärztliche Bescheinigungen über geistige Gesundheit ausgestellt werden. Er gibt allgemeine Gesichtspunkte für die Abfassung und den Inhalt von Attesten über geistige Gesundheit bzw. Geisteskrankheit. Er warnt besonders vor der zu weitgehenden Annahme von Gemeingefährlichkeit. Man sollte stets zwischen tatsächlich bekundeter und möglicher Gemeingefährlichkeit unterscheiden.

Moll (137) bespricht das bekannte Buch des Berliner Verteidigers Sello: „Die Irrtümer der Strafjustiz und ihre Untersuchungen“ und führt unter anderem einige Fälle an, wo ärztliche Sachverständige an den Justizirrtümern wenigstens einen Teil der Schuld tragen. Im Gegensatz dazu betont er, bei einer Reihe von Fällen wäre der Justizirrtum nicht zustande gekommen, wenn sich die Richter rechtzeitig an ärztliche Sachverständige gewandt hätten.

Die Bestimmungen des Vorentwurfs über die Behandlung Geisteskranker, Trunksüchtiger und vermindert Zurechnungsfähiger sehen in großem Umfange die Unterbringung solcher Personen in öffentlichen Heilanstalten vor. Hiergegen sind nach **Oppermann** (147) schon von ärztlicher Seite (Schubart, Mon.-Schr. für Krim.-Psychol. 7, 553 ff.) Bedenken geäußert worden. Eine weitere Schwierigkeit stellt sich der durch jene Bestimmungen bedingten erweiterten Teilnahme des Irrenarztes am Strafprozeß dadurch entgegen, daß im Publikum sehr verkehrte Anschauungen vom Wesen geistiger Erkrankungen verbreitet sind. Richter und Irrenarzt sind aber bei der Beschaffung des Tatsachenmaterials über den Geisteszustand einer Person meist auf Laienbeobachtungen angewiesen, da eine Anstaltsbeobachtung nicht immer stattfinden kann. Sollen also die neuen Vorschriften sich bewähren, so muß eine umfassende Volksaufklärung über das Wesen geistiger Anomalien und ihre Symptome gedacht werden, wie sie im Königreiche Sachsen der Hilfsverein für Geiteskranke erstrebt. Auch die weitgehende Teilnahme von Laien an der Rechtsprechung macht solche Aufklärung notwendig.

(*Autoreferat.*)

Rupprecht (179) kommt auf Grund von statistischen Untersuchungen zu dem Resultat, daß die bedingte Begnadigung, die Bewährung im Jugendstrafverfahren hohe erzieherische Bedeutung besitzt und wertvolle soziale Erfolge erzielt. Darum sei ihre Ausdehnung wünschenswert, indem dem Jugendgericht eine gutorganisierte Jugendgerichtshilfe tatkräftig zur Seite stehe.

Schubart (191) faßt sein Referat dahin zusammen, daß angeborene Geistesschwäche dann zu diagnostizieren ist, wenn der Untersuchte von Jugend auf neben Störungen der körperlichen Entwicklung Schwäche der Intelligenz und des Urteils gezeigt und diese psychische Schwäche der gesamten Persönlichkeit in ihrer ganzen Lebensführung das Gepräge gegeben hat. Der angeborene Geistesschwache ist meist unfähig, als Zeuge zu fungieren, seine Angelegenheiten zu besorgen. Er ist auch für gewöhnlich strafrechtlich nicht verantwortlich, doch muß gerade die letztere Frage von Fall zu Fall nach der Persönlichkeit, nach den äußeren Umständen, besonders geprüft werden. Der Schwachsinnige wird nicht wie der geistig Gesunde durch Schaden klug, er strauchelt immer wieder, wird geschäftlich immer wieder ausgenutzt, er ist unbelehrbar.



Frey-Svenson (60) formuliert seine Wünsche für eine künftige schwedische Strafgesetzgebung dahin, daß alle an chronischem Alkoholismus Leidenden, die Verbrechen begehen, zur Internierung in Spezialanstalten auf unbestimmte Zeit zu verurteilen sind, und wer im Rausch ein Verbrechen begeht, muß dazu verurteilt werden können, nach Verbüßung der Strafe oder nach abgelaufener Internierung oder unbedingter Verurteilung völlig nüchtern zu leben, und zwar unter Überwachung. Das Gleiche soll auch für die an chronischem Alkoholismus leidenden Verbrecher gelten. Die auf die Trunkenheit gesetzte Geldstrafe muß eine progressive Erhöhung erfahren können. Nach einer gewissen Anzahl von Trunkenheitvergehen soll Internierung angedroht werden.

Vallon und **Genil-Perrin** (214) vermitteln uns eine außerordentlich interessante Inhaltsangabe der forensischen Psychiatrie des Zacchias, der vor 3 Jahrhunderten lebte, und dessen Darstellungen, insbesondere diejenigen der forensischen Bedeutung der Epilepsie geradezu bewundernswert erscheinen. Besonders interessant erscheint das, was Zacchias von den Schlafwandlern ausführt. Er ist der Ansicht, daß Personen, die diesen ihren Zustand kennen, verpflichtet sind, Waffen beiseite zu schaffen, weil sie mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß sie in schlafwandelndem Zustande Gefahr laufen können, diese Waffen zu benutzen; gebrauchen sie diese Vorsicht nicht, so kann man sie für eine etwaige im schlafwandelnden Zustande begangene Gewalttätigkeit verantwortlich machen. Zacchias konstruiert hier also gewissermaßen ein fahrlässiges Handeln. Ebenso soll ein Schlafwandler nicht im Hause seines Feindes schlafen.

Es interessiert weiter, daß Zacchias nicht nur die völlige Aufhebung der Verantwortlichkeit, sondern auch deren Verminderung, mit anderen Worten die verminderte Zurechnungsfähigkeit statuiert. Bezüglich des Kapitels der Simulation lehrt Zacchias die Bedeutung der Analyse des klinischen Bildes der Krankheit, das dem Simulanten unbekannt ist. Er weist darauf hin, daß z. B. die melancholischen Zustandsbilder nicht plötzlich entstehen, daß sie sich vielmehr langsam entwickeln, andererseits bediente er sich gewisser medikamentöser Hilfsmittel, um den Simulanten zu entlarven.

Die Arbeit von **Zaitzeff** (232), die vorwiegend kriminal-psychologisches Interesse beansprucht, kommt zu dem Ergebnis, daß die Psyche des in der Menge handelnden Subjekts derjenigen einer in der Hypnose handelnden Personen annähernd gleichzustellen ist. Daraus kann sich für die Frage der Zurechnungsfähigkeit und somit der strafrechtlichen Behandlung die Konsequenz der Exkulpierung des Massenverbrechers ergeben. Zaitzeff gibt aber zugleich zu, daß die Gleichstellung mit der hypnotischen Handlung zu weit geht. Als Antithese finden wir daher weiter auch den Satz, daß, da es dem in der Masse handelnden Menschen bedeutend schwieriger fällt, dem Verbrechensmotiv Widerstand zu leisten, eine Verstärkung der Gegenmotive d. h. eine intensivere Strafandrohung am Platze sei.

Ziemke (236) knüpft an die einschlägigen Bestimmungen des Vorentwurfs und an Besprechungen, die der Entwurf von anderer Seite bereits erfahren hat, kritische Bemerkungen. Er ist ein Gegner der „freien Willensbestimmung" und spricht sich für die Aschaffenburgsche Formulierung der Unzurechnungsfähigkeitsbestimmung aus. Die Berücksichtigung der Grenzzustände begrüßt Ziemke als einen wesentlichen Fortschritt, besonders mit Rücksicht auf die Möglichkeit, den Strafvollzug an Minderwertigen ihrem Geisteszustande entsprechend einzurichten. Er wendet sich gegen die strafrechtliche Behandlung der selbstverschuldeten Trunkenheit, wie sie der § 64 des Entwurfs vorsieht, um so mehr als dadurch diejenigen Delikte ausgeschaltet



werden, für die das Gesetz eine fahrlässige Begehung nicht kennt. Als Verbesserung wird die Verwahrungsmaßnahme gegenüber den wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochenen oder den wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit Milderbestraften anerkannt. Unter den Bestimmungen für die Jugendlichen erscheint ihm die Betonung des Erziehungsbedürfnisses und die Möglichkeit der Überweisung zur staatlich überwachten Erziehung wichtig, ebenso die Beseitigung der Einsichtsklausel. Die weiteren Anmerkungen zum Entwurf haben mehr allgemein ärztliches oder gerichtsärztliches als neurologisch-psychiatrisches Interesse.

II. Zivilrecht.

Friedmann (62), der die Frage der beschränkten Zurechnungsfähigkeit im Zivilrechte bereits auf dem vorigen Kongresse aufgeworfen hat, kommt als erster Referent zu folgenden Konklusionen: 1. Derjenige Zustand, welcher im Strafrechte als Grundlage der beschränkten Zurechnungsfähigkeit dient, muß auch im gesamten Gebiete der zivilen Rechtspflege in Betracht gezogen werden. 2. Die Verschiedenheiten solcher Zustände konfluiren in einem Tatbestande, daß Personen, deren freie Willensentschließung durch intellektuelle, Gefühls- und Willensdefekte beschränkt erscheint, einer besonderen Beurteilung unterliegen müssen, ohne jedoch, daß ihre Willensentschließung gänzlich ausgeschlossen wäre. 3. An den Tatbestand knüpfen sich verschiedene Rechtsfolgen, je nachdem es sich um gegenseitig belastende oder nur einseitige Rechtsfragen handelt. Einseitige Geschäftsangelegenheiten — inbegriffen auch die testamentarischen Verfügungen — können angegriffen werden, wenn die freie Willensäußerung des betreffenden Individuums durch Defekte des Intellektes, Willens oder Gefühle beschränkt erscheint, und die Ungiltigkeitserklärung auch durch anderwärtige Umstände motiviert erscheint. 4. Im Eherechte bilden derartige Zustände einen relativen Scheidungsgrund. 5. In Fällen von besonderer Wichtigkeit, welche taxative angeführt werden müßten, so z. B. bei testamentarischen Verfügungen, größeren Schenkungen, Kauf- und Verkaufsvertrag von Immobilien ist zur Rechtsgültigkeit von Rechtshandlungen derartiger pathologischer Personen die Einwilligung des ständigen Ratgebers erforderlich. (*Hudovernig.*)

Als psychiatrischer Korreferent bespricht die Frage der beschränkten Zurechnungsfähigkeit im Zivilrechte Doz. **v. Konrád** (62), welcher betont, daß zwischen pathologisch motivierten Handlungen, wenn sie sich nun auf dem Gebiete des zivilen oder des Strafrechtes äußern, keine Unterschiede gemacht werden können, demgemäß ist die im Strafrechte anerkannte beschränkte Zurechnungsfähigkeit auch im Gebiete des Zivilrechtes anzuerkennen. Zweifellos gibt es Personen, welche an der Grenze der psychischen Gesundheit und Krankheit stehend, bezüglich juridischer Geschäftsfähigkeit auch eine Zwischenstelle einnehmen. Wohl erscheinen diese zur selbständigen Führung ihrer Angelegenheiten befähigt, aber nachdem sich in die Motive ihrer Handlungen auch pathologische Momente einfügen können, bedürfen dieselben bei Durchführung wichtigerer Angelegenheiten einer gewissen Kontrolle und Einschränkung. Vortr. empfiehlt, daß für derartige Personen bei der Verhängung der Vormundschaft ein neuer Typus in das Gefüge des Zivilrechtes eingefügt werde, dessen psychiatrische Fassung mit den juridischen Attributen folgendermaßen lauten würde": . . . welche infolge eines anhaltenden abnormen, psychischen Zustandes von vorübergehendem Charakter über sich und ihre Angelegenheiten nicht entsprechend verfügen können". Für solche Personen wäre bei Beibehalt ihres Selbstverfügungsrechtes, eine

Art kleinerer Vormundschaft imperative zu verhängen. Die Aufnahme des Begriffes der beschränkten Zurechnungsfähigkeit im Gefüge des Zivilrechtes würde jedenfalls eine bestehende Lücke ausfüllen. (*Hudovernig.*)

v. Szászy (62) plaidiert vorerst dafür, daß im Zivilrechte nicht der Begriff der Zurechenbarkeit, sondern jener der Zurechnungsfähigkeit vor Augen gehalten werde; der letzteren entspricht im Zivilrechte die Handlungsfähigkeit. Vor Augen gehalten werden muß ferner, daß die Handlungsfähigkeit im Zivilrechte gewisse Einschränkungen durch das Alter bereits kennt. Von Wichtigkeit ist, daß bei anormalen Geisteszuständen die Abstufungen berücksichtigt werden, ob die Handlungsfähigkeit ganz oder teilweise aufgehoben sei: vollkommene Zurechnungsunfähigkeit, leichte Fälle von Geistesstörung und geringe geistige Gebrechen, in welchen den Betreffenden bloß die Fähigkeit für gewisse Geschäfte abgeht. Für die letzteren ist die Institution des Pflegers vorgesehen. Für das Privatrecht liegt der Schwerpunkt der Frage darin, ob jene Rechtswirkungen, welche das Privatrecht für die beschränkte Zurechnungsfähigkeit vorsieht, ausreichend sind? Des weiteren erörtert Vortr. die Modalitäten des gesicherten privatrechtlichen Geschäftsverkehres und wünscht, daß in das bürgerliche Gesetzbuch folgende ergänzende Bestimmungen aufgenommen werden: „1. Wer bei Abgabe einer Willenserklärung in der freien Willensbestimmung zufolge Geisteskrankheit, Geistesstörung oder Trübung seines Bewußtseins in hohem Maße beschränkt war, ohne daß die Freiheit der Willensbestimmung vollkommen ausgeschlossen gewesen wäre, kann diese Willenserklärung anfechten.“ „2. Hat eine Partei die andere zum Abschlusse seines Vertrages durch Ausbeutung der ihrer Notlage, ihrer Unerfahrenheit, ihrer Verstandesschwäche oder ihres Leichtsinnes, oder durch eine gegen die guten Sitten verstoßende Beeinflussung ihres Willens bewogen, so kann Letztere ihre Vertragserklärung anfechten, wenn sie durch dieselbe der anderen Partei oder einem Dritten einen unentgeltlichen Vermögensvorteil zugewendet oder zu ihrem eigenen erheblichen Nachteil verfügt hat.“ Jener Standpunkt des Privatrechtes, wonach der Täter für den verursachten Schaden verantwortlich ist, mag derselbe auch im Zustande der beschränkten Zurechnungsfähigkeit begangen worden sein, muß auch in diesen Fällen gewahrt werden. Bei solchen Fällen, muß es stets in concreto beurteilt werden, ob und wie dieser Standpunkt gewahrt werde. Für solche proponiert Vortr. folgende Bestimmung: „Hat jemand eine Handlung in einem Zustande begangen, in dem er zufolge Geisteskrankheit, Geistesstörung oder Trübung seines Bewußtseins an der freien Willensbestimmung in hohem Maße beschränkt war, so gelten hinsichtlich seiner Verantwortlichkeit jene Bestimmungen, die maßgebend wären, wenn er die Handlung aus Fahrlässigkeit begangen hätte.“ (*Hudovernig.*)

Ilberg (90) zeigt die mannigfaltige Bedeutung der progressiven Paralyse für Fragen des Straf- und Zivilrechts. Bei diagnostizierter Paralyse sind die Voraussetzungen des § 51 des Strafgesetzbuches wohl immer gegeben, umsomehr als die Straftat selbst oft gewissermaßen schon eine Krankheitsfolge darstellt. Auch die Frage von der Entstehung der Paralyse als Folge einer körperlichen Verletzung im Sinne der §§ 223 und 224 wird gestreift. Es wird auf die besondere Knochenbrüchigkeit der Paralytiker verwiesen. Im Anschluß daran wird das Problem des Zusammenhanges zwischen Unfall und Paralyse erörtert. Zur zivilrechtlichen Seite der Frage bringt Ilberg die Besprechung der Entmündigung, der Ehescheidung, der Nichtigkeitserklärung der Ehe, der Testierfähigkeit; auch Simulation und Dissimulation werden berührt.

Jahrmärker (91) konstatiert ein sehr starkes Auseinandergehen der Auffassung über die Zulässigkeit der Pflegschaft bei entmündigungsreifen



Kranken, eine weitgehende Uneinheitlichkeit ihrer Handhabung auch bei Anerkennung der Zulässigkeit und eine sich daraus ergebende Rechtsunsicherheit. Demgegenüber faßt Jahrmärker seine Anschauungen dahin zusammen, daß die Zulässigkeit der Pflegschaft auch über entmündigungsreife Kranke dem praktischen Bedürfnisse und Interesse vieler Kranken entspricht. Bei geschwundener Heilaussicht muß die Pflegschaft einer Vormundschaft Platz machen, wenn wichtige Entscheidungen in Frage stehen, wenn insbesondere der Kranke gegen die Anstaltsverwahrung kämpft. Die Pflegschaft darf nicht zu einer tatsächlichen Vormundschaft werden. Die Stellung unter Vormundschaft ist herbeizuführen, wenn die Beschwerde des Kranken gegen die Pflegschaft abgelehnt und seinem Wiederaufhebungsantrage nicht stattgegeben wird und sich der Kranke dabei nicht beruhigt. Die Pflegschaft ist nur wieder aufzuheben, wenn mit dem Pflegebefohlenen, der sie beantragt hat, die Möglichkeit einer Verständigung nach dem Gutachten des Sachverständigen gegeben ist. Eine Verständigung aber ist nur als möglich anzunehmen, wenn der Kranke seine Willensäußerung so abgeben kann, wie er sie bei Berücksichtigung der Sachlage auch frei von seiner Krankheit abgeben würde. Der Arzt ist darüber zu hören.

Moerchen (136) gibt eine kurze Darstellung der Entmündigungsangelegenheit Peill-Schillings, die ein außerordentlich lebhaftes öffentliches Interesse durch ihre Behandlung in der Tagespresse gefunden hat. Es kann auf Einzelheiten der Darstellung nicht eingegangen werden. Moerchen betont besonders, daß diejenigen Gutachter, welche Frau Peill nicht für krank erklärten, sie nicht hinlänglich beobachtet hatten. Zum Teil hätten die Sachverständigen ohne jede Kenntnis der Anamnese und der Anstaltsbeobachtung geurteilt. Zur Rechtfertigung teilt Dr. Moerchen den Entmündigungsbeschluß des Amtsgerichts Königswinter und den Bericht der Besuchs-Kommission, betreffend die Entmündigungsbedürftigkeit der Frau Peill mit. In beiden Dokumenten wird die Krankheit der Frau Peill anerkannt, sie wird wegen Geistesschwäche entmündigt, sie wird von der Besuchs-Kommission für krank und der Anstaltsbehandlung für bedürftig erklärt.

Jaksch (92) bringt in Kürze die wesentlichen Bestimmungen des österreichischen Gesetzentwurfs über die Entmündigung; in seiner kritischen Besprechung verlangt er eine dominierende Stellung für den Psychiater. Er bedauert die Einführung des „Vertrauensmannes“ in den Entwurf. Die hier geplante Institution dürfte den Lesern dieses Berichtes aus vielen anderen Referaten bekannt sein.

Schweighofer (197) behandelt gleichfalls die Vorlage des Entwurfs zum österreichischen Entmündigungsgesetz. Er verlangt vor allem die Ausscheidung desjenigen Teiles der Vorlage, der sich mit der öffentlichen Irrenfürsorge beschäftigt. Statt des Vertrauensmannes soll man einen Berufskurator oder einen Vertrauensmann der Fürsorgeorganisation wählen. Die Vorlage habe viel zu sehr jene Bemittelten im Auge, von welchen behauptet werde, daß sie Gesunde in Anstalten hineinschwindeln könnten, darüber vergesse sie der harten Not der Tausende von Unbemittelten auf dem Lande und in den unteren Schichten der Städte. Die offizielle Konstatierung der Geisteskrankheit durch das Gericht schädige die Stellung der Kranken zu der Anstalt. Gericht und Strafe seien dem Kranken assozierte Begriffe, und so werde die Anstalt in den Augen des Kranken leicht zum Gefängnis. Man solle die gerichtliche Konstatierung der Geisteskrankheiten in den öffentlichen Anstalten auf solche Fälle beschränken, in welchen von irgend einer berufenen Seite Einsprache gegen die Internierung erhoben werde. Das Mißtrauen gegen die Irrenanstalten werde durch die gerichtliche Konstatierung



der Krankheit keineswegs verschwinden, auch die kritiklustige Öffentlichkeit werde sich dadurch nicht beruhigen lassen.

Weber (224) ist der Meinung, daß die Pflegschaft dann ihren Nutzen haben kann, wenn sie Provisorium bleibt, welches leichter heilbaren Kranken während ihrer Erkrankung besonders schwierige Geschäfte abnimmt oder bei plötzlich einsetzender schwerer Erkrankung schnell und einfach die Erledigung unaufschiebbarer Maßregeln gestattet. Wenn die gesamte rechtliche Stellung des Kranken in Frage kommt und der Zustand des Kranken ein chronischer ist, muß die Pflegschaft durch die Entmündigung ersetzt werden. Das Bedenken gegen die Pflegschaft, welches besonders darin besteht, daß der unter Pflegschaft Gestellte jederzeit die Aufhebung der Pflegschaft beantragen kann, wird nach Webers Meinung etwas überschätzt, weil einerseits die sofortige Wiederaufhebung im ganzen selten gefordert, und weil andererseits diese Aufhebung vielfach dadurch zu verhindern sei, daß man erklärt, der Kranke sei zu einer gültigen Willenserklärung nicht im Stande. Besonders wichtig ist die Pflegschaft da, wo die Kranken, ohne entmündigt zu sein, sich in der Anstalt befinden, und wo kleinere geschäftliche Angelegenheiten, wie die Abhebung von Gehalt oder Renten, Vertragsabschlüsse zu erledigen sind.

Weber (226) hatte einen Wanderprediger zu untersuchen, der einen Wandergewerbeschein erlangen wollte. Weber konstatierte eine Form der Paranoia, bei der aber die Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit durch eine geistige Krankheit nicht nachzuweisen war. Sein Verhältnis zu seiner Umgebung, zum Staat und zur Gesellschaft faßte er richtig auf, infolgedessen schloß Weber eine Geistesschwäche im Sinne des § 57a der Reichsgewerbeordnung aus. Klinische Gesichtspunkte seien für seine Beurteilung von untergeordneter Bedeutung, auch mit der Geschäftsunfähigkeit des § 104 des BGB. sei diese Geistesschwäche nicht identisch, ebensowenig mit der Geistesschwäche des § 6 BGB. Der Begriff der Geistesschwäche der Reichsgewerbeordnung sei ein besonderer. Der zu Untersuchende war stets bemüht gewesen, im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zu leben und war dabei zu seinem Unterhalt gekommen.

Weygandt (228) schildert in seinem auf der 6. Tagung deutscher Berufsvormünder im September 1911 erstatteten Referat zunächst die einzelnen Kategorien von Minderwertigen, für die er die Berufsvormundschaft vorschlägt. Als erste Gruppe nennt er die durch chronischen Mißbrauch von Giften minderwertig Gewordenen, dann kommen die gebesserten Geisteskranken, denen sich die leicht Geisteskranken anschließen. Es folgen die Epileptiker, dann die Hysterischen, die Neurasthenischen, die Arteriosklerotiker, die leicht Schwachsinnigen, die sexuell Abnormen; eine besondere Gruppe sind die Gemeingefährlichen. Für Gewohnheitsverbrecher ist die Entmündigung in der Regel durchaus angebracht, dabei will Weygandt Gewohnheitsverbrecher keineswegs unter eine der früher genannten Gruppen der Minderwertigen subsumieren, jedenfalls bedeute die unausgesetzte Kriminalität eines Gewohnheitsverbrechers die Unfähigkeit zur Besorgung der Angelegenheiten. Für alle diese Kategorien eigne sich der Laienvormund durchaus nicht, hier bedürfe es eines Berufsvormundes, der mit Sachkunde, Machtvollkommenheit und Arbeitsfreudigkeit ausgestattet ist.

III. Jugendliche.

Aschaffenburg (5) hält die Zeit für den Erlaß eines eigentlichen Jugendstrafgesetzes noch nicht für gekommen. Er verschließt sich nicht der Ansicht, daß jedes irgendwie geartete Jugendgesetzbuch einen unend-



lichen Fortschritt bedeuten würde, glaubt aber, daß wir uns durch eine übereilte Gesetzgebung den Weg zu einer gründlichen Reform verbauen würden. Die Herabsetzung des Strafmündigkeitsalters und einige andere leicht erreichbare Förderungen dürften im Wege einer Novelle auch jetzt schon zu erreichen sein.

Goebel's (66) Ausführungen wenden sich besonders an die Fürsorgevereine. Das neue Gesetz soll das Arbeitsgebiet der Schutzaufsicht erweitern, die grundsätzlich der freien Liebestätigkeit vorbehalten sein soll, bezahlte Kräfte sollen da eintreten, wo die freiwilligen nicht ausreichen. Die fehlenden Geldmittel soll der Staat ergänzen und dabei zugleich die Oberaufsicht ausüben.

v. Hentig (82) schildert in Kürze das Jugendrecht in den im Titel genannten Staaten und erwähnt besonders das großzügige Belgische Gesetz vom 15. Mai 1912. Hier gibt es bei jedem Gericht erster Instanz einen Jugendrichter, einen besonderen Beamten der Staatsanwaltschaft und einen spezialistisch vorgebildeten Untersuchungsrichter. Die Schutzaufsicht ist sorgfältig geordnet und obligatorisch. Bemerkenswert ist die vom Verf. wiedergegebene Äußerung eines australischen Richters über die deutschen Jugendgerichte. Sie haben dem Australier am besten von allen Jugendgerichten gefallen wegen ihrer klugen Geduld, ihrer Menschlichkeit und ihres Optimismus. Die Hauptaufgabe ihrer Strafpolitik sei es, die Jugend nach Möglichkeit gegen verbrecherische Reize zu immunisieren, so könne es gelingen, das große Heer der Kriminalität von seinen Rekrutierungsbezirken abzuschneiden.

Aus dem vorliegenden zweiten Heft **Henzes** (83) interessiert besonders der Abschnitt „der Arzt in der Hilfsschule". Die ärztliche Tätigkeit in der Hilfsschule ist naturgemäß von erheblich größerer Bedeutung als in der Normalschule. Von den Früchten dieser Tätigkeit hängen mehr oder minder die Resultate der gesamten Schularbeit ab. Der Hilfsschularzt muß über ausreichende psychiatrische Kenntnisse verfügen. Es gibt auf dem Gebiet der leichten geistigen Schwächezustände noch unendlich viel zu forschen und festzustellen, insbesondere ist bei dem Sammeln und Sichten von Beobachtungsmaterial darauf zu achten, was an diesem Material für die Hilfsschule spezifisch ist. Es sind deshalb die parallelen Beobachtungen an Normalen heranzuziehen.

Levy-Suhl (116) gibt hier eine Vorrede zu seinem in einem besonderen Teile veröffentlichten Untersuchungen über die Prüfung der sittlichen Reife jugendlicher Angeklagter und Reformvorschläge zum § 56 des deutschen Strafgesetzbuches. Er schildert zunächst die gegenwärtige Rechtslage und Praxis, wie sie unter anderem beim Jugendgericht Berlin-Mitte gehandhabt wird, dann folgt die rechts-philosophische und psychologische Begründung der relativen Strafmündigkeit und die Darstellung der bisherigen Reformvorschläge zum § 56 des Strafgesetzbuches.

II. Teil. In dem erwähnten zweiten Teil gibt **Levy-Suhl** (117) die Resultate seiner eignen Prüfungen wieder: Der Verf. hat durch Ausfrageversuche bei 120 Jugendlichen das Vermögen an sittlichen Anschauungen zu ermitteln versucht. Er ist dabei zu dem Resultat gekommen, daß die ethischen Motivierungen für das Handeln um so seltener zum Vorschein kommen, je jünger die betreffenden Individuen waren. So fand er ethische Motivierungen im Alter von 11—13 Jahren nur in $17^1/_2$ % der Fälle, während sie für die beiden nächst höheren Jahre in 40 % vorkamen und in den Stufen von $16^1/_2$—18 Jahren ein Aufstieg bis zu 52 % an sozialethischen Motivierungen hervortrat. Im Konfirmationsalter sinkt der Anteil der reinen Egoisten, weil um diese Zeit in starkem Maße religiöse Motivierungen hinzutreten.



Als besonders charakteristisch für das Material seiner Untersuchungen bezeichnet der Verf. im übrigen eine Mangelhaftigkeit in religiösem Wissen und Fühlen.

Auf Grund seiner Erfahrungen kommt der Verf. zu dem Schluß, daß die Wiedereinführung der relativen Strafunmündigkeit für die über 14 Jahre alten Jugendlichen und die obligatorische Mitberücksichtigung des sittlichen Reifegrades berechtigt und notwendig sei. Es sei nicht nur der Verstand, sondern auch das Gemüts- und Willensleben des Jugendalters ganz allgemein von ärztlicher wie von richterlicher Seite zu erforschen.

Über diese Untersuchungen berichtet **Levy-Suhl** (118) auch in den „Grenzboten“, 70. Jahrgang, Heft 49.

Siegmund-Schultze (201) schildert die äußere und innere Einrichtung des Chicagoer Jugendgerichts. Im Jahre 1910 kamen 4100 Kinder vor den Jugendrichter in Chicago. Der Verf. sagt uns auch etwas von den Anstalten, welche die Tätigkeit des Jugendgerichts unterstützen, es sind das diejenigen Anstalten bzw. Farmen, auf denen die Fürsorgekinder Unterkunft, Versorgung und Beschäftigung finden. Der Verf. fordert für uns ähnliche Einrichtungen; er legt Wert auf die persönliche Mitarbeit freier Kräfte.

Vogt (217) schildert zunächst den Gang der Untersuchung. Zuerst werden Recherchen über Vorleben, Schulerfolge, Elternhaus, Milieuverhältnisse angestellt. Sodann wird angestrebt, im Laufe der Voruntersuchung unter Mitwirkung der Jugendgerichtshilfe eine psychologische Expertise anzustellen. Das Material wird dem Richter überliefert. In vielen Fällen kann schon auf Grund dieses Materials das Verfahren eingestellt werden. Es liegt eine Gefahr darin, das Gutachten in Gegenwart des Jugendlichen vorzutragen. Der Verf. behandelt dann in einzelnen Kapiteln den Diebstahl der Jugendlichen, sexuell entartete Jugendliche, jugendliche Lügner und Lügnerinnen, die Vagabondage, meist an der Hand einzelner besonderer Fälle. In einem fünften Kapitel bespricht der Verf. die Stellung des Gutachters und seine Aufgabe beim Jugendgericht, die von derjenigen in anderweitiger Strafverfahren erheblich verschieden sind, weil einmal die Zahl der Fälle ungleich groß ist, auch weil ferner die psychologischen Motive eine große Bedeutung haben, und weil endlich dem erzieherischen Moment eine besondere Geltung zukommt. Der Gutachter soll bei dem Ergebnis seiner Untersuchung nicht allein den klinisch psychiatrischen Begriff, sondern vor allem den sozialen Begriff, der sich aus der geistigen Konstitution des Angeklagten ergibt, gelten lassen und besonders die Frage der Erziehungsfähigkeit erörtern. Die bei der Untersuchung gewonnenen Erfahrungen sollen bei der weiteren erzieherischen Behandlung Berücksichtigung finden.

IV. Irrenwesen. Allgemeines. Gesetzentwürfe.

Die von Beyer gegebene Darstellung der antipsychiatrischen Bewegung bringt eine Fülle des solidesten Materials und zugleich des Rüstzeuges in dem zweifellos notwendig gewordenen und dem Irrenarzte aufgezwungenen Kampfe gegen die „Irrenrechtsreformer“. **Beyer** (18) schildert an der Hand zuverlässigen Materials eine Reihe von bekannten Fällen von „unrechtmäßiger Internierung in Irrenanstalten“ und führt für jeden dieser Fälle (Julius Robert Mayer, Krauss, de Jonge u. a.) den Beweis, daß von einer widerrechtlichen grundlosen Internierung nicht die Rede sein kann. Die Wiedergabe der bezüglichen Parlamentsverhandlungen, besonders der damaligen Ausführungen Stöckers, wirft interessante Schlaglichter auf die Stimmung, die ganz allgemein gegen die Irrenärzte lebendig ist. Mit

Recht macht Beyer der Tagespresse den Vorwurf, daß sie nicht immer kritisch genug den Einsendungen und Mitteilungen „unrechtmäßig interniert Gewesener" gegenübersteht. Das Buch schließt, de lege ferenda, mit den Beschlüssen des Vereins der deutschen Irrenärzte aus dem Jahre 1893. Angehängt ist ein ergiebiges Literaturverzeichnis.

Boeck (25) verlangt für die Fälle, in denen das Bestehen einer Geisteskrankheit oder die Notwendigkeit einer Aufnahme in die Irrenanstalt zweifelhaft ist, die Schaffung einer fachlichen Berufungsinstanz, die auch von seiten der Irrenanstalt angerufen werden kann. Diese Berufungsinstanz würde dann auch zugleich für zweifelhafte Entmündigungsfälle zuständig sein. Die Zahl dieser Berufungsstellen würde sich mit der Zahl der vorhandenen psychiatrischen Universitätskliniken decken. Die Entscheidung wird in der Form eines Konsiliargutachtens gedacht.

Cramer (41) plädiert für die Einführung einer staatlichen Berufsvormundschaft, die so lange andauern soll, bis der Betreffende im Leben außerhalb der Anstalt gezeigt hat, daß er sich selbständig und ohne kriminelle Handlungen behaupten kann.

Kinberg (99) spricht über unbestimmtes Strafmaß. Es ist aus folgenden Gründen unentbehrlich: es macht sich die Verbesserungsmöglichkeiten der Sträflinge besser als die übrigen Strafmittel zunutze; es erlaubt ein effektives Unschädlichmachen, wo eine Verbesserung unmöglich ist; keine andere Strafform besitzt neben den genannten Vorzügen eine gleichkräftige, allgemeinpräventive Wirkung. Das Strafmaß ist abzuschaffen teils betreffs der meisten Individuen, die auf Grund einer krankhaften oder abnormen Geistesbeschaffenheit gemeingefährlich sind, teils betreffs derjenigen normalen Verbrechen, bei denen der individualpräventive Zweck des Strafmaßes namentlich durch Verbesserung oder Unschädlichmachen erfüllt wird. (*Sjöval.*)

Wenn **Mittermeier** (135) sagt, daß uns die Amerikaner in der Art, einen Menschen praktisch anzufassen, noch manches lehren können, so kann Ref. dem aus eigner Erfahrung durchaus beitreten. Im übrigen gelten die Ausführungen des Verf. besonders den vorzüglichen amerikanischen Gefängnisgesellschaften, deren Wirkung außerordentlich segensreich ist, und den amerikanischen Gefängniszeitungen.

v. Németh (140) referiert über die Frage, „welche Fälle der beschränkten Zurechnungsfähigkeit können legislatorisch taxativ angeführt werden?" Die derzeit bestehenden Strafgesetzbücher geben nur die Möglichkeit, daß die Strafen quantitativ vermindert werden, und diese Begünstigung gebührt auch den beschränkt Zurechnungsfähigen, welche der Gesellschaft gefährlich sind. Doch erscheint gerade diesen gegenüber die quantitative Herabsetzung der Strafe nicht angezeigt, sondern soll in einer veränderten Strafdurchführung zum Ausdruck gelangen. Statistische Daten ergeben, daß das Hauptkontingent der beschränkt Zurechnungsfähigen, gemeingefährliche Degenerierte, Hysterische, Epileptiker und Trinker bilden, für welche, bei Zurücksetzung der Strafe, sichernde Maßnahmen in Betracht kommen. Derartige Personen müssen bis zum Eintritt der Genesung resp. bis zum Aufhören ihrer Gemeingefährlichkeit, d. h. auf unbestimmte Zeit in solchen Anstalten verwahrt werden, welche eine Mittelstelle zwischen Irrenanstalt und Detentionsanstalt einnehmen. Aufnahme und Entlassung hat nach Anhören des psychiatrischen Gutachtens die Gerichtsbehörde zu verfügen. Die strenge und imperative Zucht der Detentionsanstalten dürfen in solchen Anstalten nicht zur Anwendung gelangen, und bei Vermeidung schädlicher Einflüsse muß das Hauptgewicht auf Heilung, Erziehung, Besserung und humane Behandlung gelegt werden, wobei bei Berücksichtigung der individuellen Eigentümlich-

keiten eine entsprechende Arbeit vorgesehen werde, welche die Betreffenden befähigt, nach Entlassung selbständig ihren Lebensunterhalt zu finden. Derartige Anstalten haben jedenfalls unter psychiatrischer Leitung zu stehen.

Dieser Gruppe der beschränkt Zurechnungsfähigen dürfen nicht zugerechnet werden diejenigen, welche in einem physiologisch bedingten vorübergehenden Zustande mit dem Strafgesetze in Konflikt geraten sind: Pubertät, Gravidität, Geburt, Laktation, Puerperium, Senium, Klimakterium. Hierher rechnet Vortragender auch die Zustände von erhöhter Reizbarkeit im Anschluß an fieberhafte und erschöpfende Krankheiten, die Neurasthenie, einzelne Fälle von Hysterie, die sich in physiologischen Grenzen bewegenden Affektzustände und die akute Trunkenheit. Für all diese erscheint bloß eine quantitative Herabsetzung der Strafe als angezeigt.

Spezielle Maßregeln, eine von den Normalen abweichende mildere, aber jedenfalls längere Zeit dauernde Sicherungsverwahrung erheischen die dauernd abnormen Personen: neuropathisch Belastete, Degenerierte, Alkoholintolerante, diejenigen, welche Schädeltraumen erlitten haben, psychisch minderwertige Personen, Fälle von schwerer Neurasthenie, Hysterie und Epilepsie, an chronischem Alkoholismus Leidende (insofern sie nicht als geisteskrank bezeichnet werden können), — und zwar in jenen Fällen, wenn sie infolge ihrer gemütlichen Reizbarkeit, Unverträglichkeit, Neigung zu Affekten, pathologischer Instinkte oder aber infolge verminderter moralischer, ethischer Urteilsfähigkeit die Sicherheit der Personen oder des Vermögens, oder die öffentliche Sittlichkeit ständig und dauernd gefährden, oder aber wenn ihre Gemeingefährlichkeit bereits in irgendeiner verbotenen, strafbaren Handlung sich äußerte.

Nach Ansicht des Vortragenden ist es nicht möglich, sämtliche Fälle beschränkter Zurechnungsfähigkeit im Gesetze taxativ oder beispielsweise anzuführen, sondern er wünscht bloß in Übereinstimmung mit Otto Freiherrn v. Babarczi-Schwartzer als allgemeines Prinzip anzugeben: „Wer eine strafbare Handlung oder Vergehen in einem dauernd abnormen Zustand begangen hat, welcher den die Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 76 des ungarischen Strafgesetzbuches ausschließenden Zuständen nahesteht, und wenn der Täter durch sein Vorleben oder Schwere der inkriminierten Handlung sich als gemeingefährlich erwies, in solchen Fällen sind die sichernden Maßregeln geboten, welche in der Persönlichkeit und dem Zustande des Täters entsprechenden und zu diesem Zwecke bestimmten Spezialanstalten durchzuführen sind.“ (*Hudovernig.*)

Der juridische Korreferent desselben Themas, Universitätsprofessor Dr. F. Finkey, gelangt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Der Zustand der beschränkten Zurechnungsfähigkeit ist legislatorisch nur mit einer allgemeinen Umschreibung festzulegen. Taxative oder beispielsweise Benennung der hierhergehörigen Zustände von geistiger Schwäche wäre unstatthaft.

2. Das Gesetz über die beschränkte Zurechnungsfähigkeit muß für folgende Fälle verfügen:

a) strafrechtlich verantwortliche, nicht gemeingefährliche beschränkt Zurechnungsfähige, welche milder zu bestrafen wären als gesunde Verbrecher, und welche die zugeurteilte Freiheitsstrafe entsprechend ihrem geistigen Zustande, und falls es als nötig erscheint, in gesonderten Abteilungen, eventuell in besonderen Heildetentionsanstalten mit durchzuführen wäre;

b) strafrechtlich nicht verantwortliche, in geringerem Grade gemeingefährliche und als heilbar erscheinende beschränkt zurechnungs-



fähige Personen, welche für eine unbestimmte, aber gesetzlich maximal normierte Zeit in eine spezielle Heildetentionsanstalt einzuweisen sind;

c) strafrechtlich nicht verantwortliche, als unheilbar erscheinende, gemeingefährliche beschränkt Zurechnungsfähige, welche für unbestimmte Zeit in Heildetentionsanstalten unterzubringen sind.

3. Entweder im Gesetze über die beschränkte Zurechnungsfähigkeit, oder in einem besonderen Gesetze sind besondere Maßnahmen vorzusehen für solche Personen, welche infolge Trunksucht Verbrechen oder Vergehen vollbracht haben, welche in Spezialheilanstalten und bei bestehender Gemeingefährlichkeit in die Heildetentionsanstalten für beschränkt Zurechnungsfähige einzuweisen sind.

Vortragender referiert sodann über die in England und in den Vereinigten Staaten errichteten Kolonien für Degenerierte; namentlich hebt er hervor das in den nordamerikanischen Anstalten eingeführte Cottage-System und die Vorteile der landwirtschaftlichen Beschäftigung und erwähnt schließlich die auf die Sterilisation der Degenerierten Bezug nehmenden Versuche in einzelnen nordamerikanischen Staaten. (*Hudovernig.*)

Die Rechtmäßigkeit der erzwungenen Unterbringung Geisteskranker in einer Heilanstalt läßt sich nach **Oppermann** (148), soweit es sich nicht um Beobachtungen auf Grund von § 81 StPO., § 217 MilStGrO. und § 656 ZPO. handelt und soweit nicht die Einwilligung eines Vormundes nach BGB. § 1901 die Unterbringung deckt, aus dem positiven Recht nicht begründen. Bührer in Mon. Schr. für Krim. Psychol. 8, 505ff. will die Rechtfertigung in Vorschriften der Einzelstaaten finden, die unter bestimmten Voraussetzungen die zwangsweise Verbringung geisteskranker Personen in Heilanstalten aus Gründen sozialer Fürsorge und öffentlicher Sicherheit gestatten oder vorschrieben. Solche fehlen aber z. B. im Königreich Sachsen. Hier gibt es nur ein Regulativ für die Unterbringung in eine Landesheil- und Pfleganstalt (GVBl. 1902, S. 39), welches festsetzt, für welche Art Kranke die Anstalten bestimmt sind. Das ist indes nur eine interne Anweisung an die Anstaltsdirektionen, die die Unterbringung dem Kranken gegenüber nicht rechtfertigt. Der Inhalt der Polizeigewalt hat in Sachsen keine gesetzliche Grundlage. In Preußen läßt sich dagegen aus § 10 II 17 des Allg. Landrechts die Befugnis der Polizeibehörde ableiten, gefährliche Geisteskranke unterzubringen. (Folgt Polemik gegen v. Boxberger, der im ZentralBl. f. freiwill. Gerichtsbark. 11, 396ff. und 10, 217ff. und 269ff. nachzuweisen versucht hat, daß § 10 II 17 ALR. insoweit durch Art. 5 der Preußischen Verfassung aufgehoben sei.)

Die Aufnahme in eine Irrenanstalt dient aber nicht immer dem Sicherungszweck. Es gibt harmlose und ungefährliche Geisteskranke, deren Zustand nur vom ärztlichen Standpunkt aus eine längere Abschließung fordert. Hier gibt es keinen Rechtssatz, der die Heilbehandlung wider Willen des Kranken gestattete. Die Frage ist dieselbe, die beim chirurgischen Eingriff gestellt werden muß; hierüber vgl. bes. Zitelmann, Ausschluß der Widerrechtlichkeit, bes. S. 104ff., angezeigt von Oppermann im Sächs. Archiv für Rechtspfl. 2, 574ff. Befriedigende Lösung ist nur zu finden durch die Methode der kritischen Rechtstheorie (Stammler). Es ist das Zweckmoment zur Auslegung heranzuziehen. Aufgabe des Rechts ist Regelung des Soziallebens; eine Norm entspricht ihrer Bestimmung, wenn sie eine angemessene Handhabe zu angemessener Regelung des sozialen Gemeinschaftslebens bildet. Ein Verhalten, das als rechtes Mittel zu rechtem Zweck erscheint, kann also nie widerrechtlich sein. Nun ist der Zweck des ärztlichen Ein-



griffs Heilung (ähnlich Binding); er ist rechtes Mittel zu rechtem Zweck. Wird der vernünftig geäußerte Wille des Kranken mißachtet, ohne daß durch die Entlassung voraussichtlich großer Schade für ihn entstehen würde, so liegt darin, in der Mißachtung des Willens des Kranken, die Unangemessenheit des Verhaltens des Arztes; wird er aber freigelassen, wo daraus schwere Gesundheitsschädigung für ihn zu erwarten ist, so wäre es unrichtig und unangemessen, dem Willen des Kranken nachzugeben, und die Festhaltung kann hier nicht widerrechtlich sein. Vgl. Stammler, die Lehre von dem Richtigen Recht S. 208ff., und Graf zu Dohna, Die Rechtswidrigkeit S. 46ff. und 95ff. (*Autoreferat.*)

Radziwillowicz (164) bespricht das neue englische Gesetz, die geistig Minderwertigen betreffend, und kommt dabei zu folgenden Schlüssen. Das Bestreben, das Gesetzgeben, die geistig Minderwertigen betreffend, von dem Gesetzgeben, die Geisteskranken überhaupt betreffend, zu trennen, ist sowohl theoretisch als praktisch, als wünschenswert und richtig zu betrachten. Der Ausschuß für die Angelegenheiten, die geistig Minderwertigen betreffend, hat eine sehr weite Kompetenz und Exekutive; auch seine Unparteilichkeit ist genügend durch das Gesetz garantiert. Die Teilnahme der Frauen als ebenbürtiger Mitglieder des Ausschusses charakterisiert günstig das neue Gesetz. Die Prozedur, welche das betreffende Individuum als geistig minderwertig beurteilt, läßt nichts zu wünschen übrig. Da das Urteil das betreffende Individuum einiger seiner Bürgerrechte beraubt, so ist dasselbe der Gerichtsexekutive überlassen. Das Wiederholen desselben Urteils nach einem Jahre und nachher alle fünf Jahre ist vielleicht schwierig, doch richtig und gerecht. Die Einführung des biologischen Kriteriums der geistigen Leistungen gehört zu den positiven Zügen des neuen Gesetzes. Als Nachteile des neuen Gesetzes betrachtet der Verf. die Begrenzung des biologischen Kriteriums auf den Kampf für Dasein und das Verbot der Nachkommenschaft, da die eugenischen Bestrebungen der Hebung der Rasse bisher auf keinem wissenschaftlich festen Boden basieren, um darauf schon jetzt praktische Einrichtungen aufbauen zu können. (*Sterling.*)

Rieger (172): Wie schon der Untertitel des Buches anzeigt, haben wir es nicht eigentlich mit einem Bericht zu tun, ebensowenig gibt das Buch zusammenhängende Darstellungen im Sinne des Untertitels. Der Verf. läßt uns vielmehr fast aphoristisch seine Ansichten über die verschiedenartigsten Fragen der Kriminalanthropologie, Kriminalpsychologie, der psychiatrischen der Unfallsbegutachtung hören. Zur Einleitung druckt er einen früheren Aufsatz ab, in dem er die Lehre Lombrosos kritisch auf ihre Bedeutungslosigkeit zurückführt. Dem folgt ein Abschnitt, der besonders dem „Staatsanwalt mit sexuellen Sensationen“ gewidmet ist. Rieger gibt hier vor allem eine derbe Charakteristik des „Sexualverbrechers“ von Wulffen, („Sexueller Unflat auf Teilzahlung“). Ein anderes Kapitel rät dem Gerichtsarzt Vorsicht an, ein anderes rührt an die Bedenklichkeit der „Gendarmerieberichte“ für die Beurteilung und den Verlauf von Kriminal- und Unfallsangelegenheiten. Es folgt ein Abschnitt über Juristendeutsch und die „Ansteckung“ des Arztes durch das Juristendeutsch. Aus dem ferneren Inhalt zitiere ich noch einige Überschriften: „Wie ein Participium passivum einer Witwe und ihren Waisen zu einer Rente verholfen hat“, „das ärztliche Mitleiden“, „hohe Renten für ein Nichts“, „das Spiel des Zufalls bei den Begutachtungen“, „der Glaube der Genealogen an die Certitudo patrum.“

Alles in allem gibt das Buch in etwas seltsamer Form hier und da die trefflichsten Ansichten eines eigene Wege gehenden, mehr kritisch als

systematisch veranlagten Menschen über wesentliche Fragen aus den oben angedeuteten Gebieten. Ich für meinen Teil habe das Buch mit Vergnügen gelesen.

van der Torren (208) berichtet, daß die holländische Regierung die verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht gesetzlich festlegen will; in jedem Stadium der Angelegenheit kann der Richter erklären, daß ein Straffälliger wegen geistiger Mängel sein eignes Interesse nicht wahrnehmen kann. Es wird ihm da dann ein Ratgeber zur Seite gestellt. Die Beobachtungsmöglichkeit in der Heilanstalt (nicht Irrenanstalt) wird eingeführt. Strafe und Schutzmaßregeln im Interesse der Gesellschaft sind voneinander zu scheiden. Die gewöhnlichen Strafen sind Gefängnis, Verhaftung und Geldbuße, für Jugendliche Unterbringung in einer Zuchtschule, Geldbuße oder Verweis. Als besondere Strafe für Psychopathen soll eingeführt werden Unterbringung in einem besonderen Gefängnis, Geldbuße und Verweis. Einer Zwangspflege können neben ihrer Strafe die psychopathischen Verbrecher, die Bettler und Landstreicher nach verbüßter Strafe unterworfen werden. Die Zwangspflege ruht in der Hand des Zivilrichters, sie kann auch bis auf zehn Jahre ausgedehnt werden. Die Kriminellen können bedingt und unbedingt der Regierung zur Verfügung gestellt werden. Bei der unbedingten Zurverfügungstellung kann der Zivilrichter den geisteskranken, nicht zurechnungsfähigen Verbrecher vorläufig für die Zeitdauer von höchstens einem Jahr in eine Irrenanstalt unterbringen lassen. Die Zeitdauer der Zwangspflege kann verlängert werden, wobei sachkundige Belehrung eingeholt wird. Die zur Verfügung der Regierung gestellten Verbrecher können in ein staatliches Asyl, in private Zwangspflege, in Familienpflege gebracht werden. Der Justizminister kann die Verbüßung jederzeit bedingt oder unbedingt anordnen. Soweit der wesentliche Inhalt der Gesetzentwürfe. Man wünscht in Holland allgemein die ganze Sache vom Strafrichter beendet zu sehen, da dieser einmal eingearbeitet sei; dann fordert man, daß die Zurverfügungstellung und die Zwangspflege von der eigentlichen strafrechtlichen Schuld unabhängig gemacht werden, damit in den Fällen von Geisteskrankheit, auch wenn wegen Schuldmangels Freispruch erfolgt, die Zwangspflege eingerichtet werden kann.

Zangger's Ausführungen (234) gipfeln in der Aufzeichnung der Aufgaben der gerichtlichen Medizin. Einmal hat sie die Aufgabe der allgemeinen medizinischen Diagnostik mit speziellen Anforderungen an deren Genauigkeit. Die Gesetze verschärfen die Anforderungen an die Präzision besonders dadurch, daß auch neue Konsequenzen als Folge genau definierter Zusammenhänge auftreten. In zweiter Linie hat der Arzt eine juristisch-kriminalistische und administrativ-soziale Aufgabe. Die gerichtliche Medizin soll den Juristen belehren, in welchen Fällen er sich bei der Medizin und bei den Naturwissenschaften Rat holen soll. Die Zusammenarbeit von Juristen und Medizinern wird immer inniger, die Anforderungen an die gerichtliche Medizin werden durch die Fortschritte des Rechtes zugleich immer detaillierter. Von einer Beurteilung schon entstandener Schädigungen im allgemeinen Sinne geht die Aufgabe der gerichtlichen Medizin weiter zur Feststellung der Ursachen der Gefahren für andere und der Wege, die diese Gefahren in der heutigen Kultur nehmen.

V. Kasuistik.

Auer (8) berichtet, daß im Marinelazarett in Wilhelmshafen wie in Kiel eine psychiatrische Abteilung eingerichtet sei. Die von Auer mitgeteilte Kasuistik stammt aus der Kieler psychiatrischen Klinik, in der innerhalb von



neun Jahren 236 Angehörige der Marine behandelt und beobachtet wurden. In 111 Fällen handelte es sich um die forensische Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit; 62mal sprach sich das Gutachten für den § 51, 32mal teilweise dafür aus. Von den für krank befundenen waren 26 katatonisch, 9 paranoisch, 10 manisch-melancholisch, imbezill waren 18. In 87 Fällen lagen Neuropsychosen, in 22 Fällen organische Erkrankungen vor. Besonderer Wert ist auf die Frühsymptome geistiger Erkrankung zu legen. Der Verf. teilt dann eine Reihe von Fällen in ihren Einzelheiten mit. Im Anschluß an die Kasuistik betont Auer, daß die Kranken sicher nicht zur Einstellung gekommen wären, wenn man ihre ganze Vorgeschichte genau gekannt hätte. Das bezieht sich vor allem auf die Katatoniker. Ein weiteres Kapitel ist den alkoholischen Geistesstörungen gewidmet. Für diese Frage ist besonders wichtig, daß auch im pathologischen Rausch zeitweises Auffassen der Umgebung, wie das Erkennen von Vorgesetzten, Annehmen militärischer Haltung vorkommen kann Auch für pathologische Rauschzustände wird ein besonders charakteristischer Fall mitgeteilt. Es folgt dann die Imbezillität, für die besonders auf die Diagnostik eingegangen wird. Auch hier folgt kasuistische Belegung.

Becker (14) betont, daß die Veränderung des psychisch nervösen Verhaltens schon durch geringe Alkoholmengen auch beim normalen Menschen bedingt wird. Erhöhte und vermehrte Alkoholzufuhr bedingt fortschreitende psychische und körperliche Lähmung. Abweichend von diesem Verhalten beim einfachen Rausch gibt es die pathologischen oder komplizierten Rauschzustände, die zu psychologischen und pathologischen Erscheinungen führen. Straftaten, die in solchen Zuständen oder bei anderen alkoholischen Geistesstörungen vorkommen, erfüllen die Bedingungen des § 51 des Strafgesetzbuches. Dagegen kann der Zustand der einfachen Berauschtheit aus rechtspolitischen Gründen nicht als Strafausschließungsgrund gelten, wenn auch die Wirkungen des Alkohols bei dem normalen Menschen als schuldmilderndes Moment zu wirken haben.

Biltz (19) teilt zwei Fälle von Paralyse mit, die in der psychiatrischen Klinik in Kiel zur Beobachtung kamen. Der Verf. zieht den Schluß, daß es notwendig sei, die Krankheit frühzeitig zu erkennen, um einerseits die Entmündigung rechtzeitig eintreten zu lassen und andererseits eine Bestrafung zu vermeiden, wo eine Verantwortlichkeit nicht besteht.

Bleulers (22) kasuistisch belegte Ausführungen gipfeln in dem bedeutungsvollen Ausspruche, daß je mehr das moderne Strafrecht sich bemühe, gerecht zu sein, um so schwieriger die Fragen würden, die es sich und den psychiatrischen Experten stellen müsse. Es wäre viel einfacher, sich auf den Standpunkt der Nützlichkeit zu stellen und zu fragen, aus was für Motiven der unserer Beobachtung zugewiesene Rechtsbrecher seine Tat begangen habe, und wie man ihn am besten heilen oder sonst unschädlich machen könne. Der Begriff der Gerechtigkeit habe gar keine Grenzen, und der der Krankheit sei an vielen Orten für die Praxis zu schwankend. Beide Begriffe müsse man einmal fallen lassen. Er berichtet dann unter Wahrung der oben ausgesprochenen Grundsätze von Fällen, in denen er bei Schizophrenie die Handlungsfähigkeit bejahte, in einem anderen Falle wurde die Entmündigung eines für unzurechnungsfähig erklärten Kranken abgelehnt, obschon er während der letzten Jahre nicht fähig gewesen war, seine Angelegenheiten richtig zu besorgen, und obschon er zur Zeit der Begutachtung für krank erklärt werden mußte. Bedeutungsvoll sind die Ausführungen Bleulers über die Relativität forensisch medizinischer Begriffe, besonders über die Relativität der Zurechnungsfähigkeit. So bezeichnet er einen Kranken für das Delikt der Beschimpfung und Bedrohung für zurechnungsunfähig, während



er ihn etwa für einen Diebstahl als zurechnungsfähig erklärt habe. Eine andere Art der Relativität kann durch die rechtliche Lage bedingt werden. Handlungsunfähigkeit, Ehefähigkeit und Zurechnungsfähigkeit dürfen nicht in die gleichen Grenzen gezwängt werden. Es ist nicht möglich, innerhalb dieses knapp zu haltenden Referats den Bleulerschen Aufsatz erschöpfend zu würdigen; ich empfehle die Lektüre dringend. Die Schwierigkeit der aufgerollten Probleme wird jeder Gerichtsarzt oft genug erfahren haben.

Buder (29) teilt einen Fall von Querulantenwahn mit, in dem zu dem eigentlichen Querulieren phantastische Größenideen und Sinnestäuschungen hinzutraten. Intelligenzdefekte und gemütliche Abstumpfung bestanden nicht. Er rechnet diesen Fall zur klinischen Form der Paranoia und lehnt es ab, eine Dementia paranoides anzunehmen. Zwar waren phantastische Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen vorhanden, indes fehlte die Demenz. Zur Dementia paranoides darf man nach Heilbronners Vorschlag nur diejenigen Fälle rechnen, bei denen von Anfang an Defektzustände vorhanden sind.

Burgl (32) gibt eine reichhaltige und forensisch außerordentlich interessante Kasuistik, die dem forensischen Psychiater zum Studium empfohlen sei.

Campbell (34) schildert zunächst klinisch die Epilepsie unter besonderer Berücksichtigung des epileptischen Charakters. Der Verf. erörtert unter anderem auch die Frage, ob die oft genannten historischen Persönlichkeiten wie Cäsar, Napoleon, Dostojewski wirklich Epileptiker waren. Zum mindesten könne es sich bei diesen genialen Menschen nur um ganz vereinzelte Anfälle gehandelt haben, sonst hätte ihre Begabung nicht erhalten bleiben können. Die forensische Bedeutung der Epilepsie wird kurz gestreift und nach den üblichen Gesichtspunkten beurteilt.

Dück (49) charakterisiert unter Mitteilung von Schriftproben die Eigentümlichkeiten der Querulantenschrift dahin, daß sie bei großer Regelmäßigkeit und Genauigkeit und verhältnismäßiger Kleinheit geringe Geschwindigkeit und hohen Schreibdruck aufweist. Schriften, die alle Merkmale für hohen Schreibdruck und geringe Geschwindigkeit aufweisen, lassen dementsprechend Pedanterie, Hartnäckigkeit, Ausdauer und Mißtrauen erkennen. Der Verf. bittet die Leser, besonders die Psychiater um Mitteilung abweichender Meinung und Übersendung einschlägiger Schriftproben.

Eisath (53) berichtet von dem Falle eines Dienstmädchens, das aus einer belasteten Familie stammt. Mit 14 Jahren begann sie zu vagabondieren, sie bettelte, stahl und betrog, prostituierte sich. In der Anstalt war sie unerträglich, sie querulierte, hetzte die Kranken auf, mißhandelte die Mitpatientinnen. Sie beging in der Anstalt 247 Akte der Gewalttätigkeit. Sie übertrieb und log. Ein von dem Richter bestellter Sachverständiger, der nicht Anstaltsarzt ist, bezeichnet das Mädchen als Epileptikerin, hinterher erklärte die Untersuchte selbst, sie habe den Richter und den Gerichtsarzt belogen. Das Gutachten des Gerichtsarztes war für das Gericht maßgebend, während das Gutachten der Anstaltsärzte, das auf Imbezillität erkannte, nicht anerkannt wurde. Auf Grund des gerichtsärztlichen Gutachtens wurde das Mädchen zur andauernden Pflege in die Anstalt gebracht und damit hatte nach des Verf. Ansicht der richterliche Sachverständige über das Anstaltspersonal ein grausames Schicksal verhängt, das sich in den oben genannten Gewalttätigkeiten des Mädchens offenbarte. Der Verf. fordert, daß solche barbarische Mädchen nicht in die Staatsanstalt abgeschoben werden dürfen, solche Elemente seien aus den Heilanstalten fern zu halten. Die Aufnahme in eine Staatsanstalt dürfe nicht von der Größe des Strafmaßes, sondern nur von den Charaktereigenschaften des Kranken abhängig gemacht werden.

Fabinyi (55) demonstriert 3 Fälle von Gefängnispsychose, welche keiner der allgemein angenommenen Psychosen zuzurechnen sind. In jedem dieser drei Fälle trat die Erkrankung im Gefängnis bei vorher psychisch gesunden, aber degenerierten Individuen auf, so daß diese Fälle jene Ansicht zu bekräftigen scheinen, nach welcher das Gefängnisleben bei hierzu veranlagten degenerierten Individuen eine eigentümliche Geistesstörung hervorrufen kann.

Erster Fall bezieht sich auf einen 24jährigen Eisenarbeiter, welcher wegen Diebstählen ins Gefängnis kam. Die Geistesstörung zeigte sich im fünften Monat der Haft im starken Angstgefühl und Verwirrtheit. Später ist Patient stumpf, wiederholt Zwangsbewegungen, halluziniert viel. Nachdem vernachlässigt er sich, ist gänzlich verwirrt, etwas stuporös, betrachtet aber die Umgebung mit Aufmerksamkeit, manchmal ist er erregt. Die Krankheit besteht seit einem Jahre.

Zweiter Fall ein 35 Jahre alter verehelichter Landmann, der seinen Schwiegervater erschlug. Die damalige ärztliche Untersuchung fand ihn schwer degeneriert, doch nicht geisteskrank. Im Gefängnis wird er nach einigen Monaten verwirrt, macht Zwangsbewegungen und äußert manchmal Wahnvorstellungen persekutorischen Inhalts. Hält sich unrein, Schlaf und Appetit mangelhaft. Kranker ist später schwer zugänglich, spricht überhaupt nicht, halluziniert fortwährend, besonders in seinem Berufe. Er scheint eine Karre zu schieben, bückt sich, als ob er etwas tragen möchte, gräbt, mäht, macht solche Bewegungen, als ob er den Boden behauen oder Holz schneiden möchte, füllt seinen Hut mit Wasser, um damit den Garten zu begießen, fängt Schmetterlinge usw. Dieser Zustand besteht seit acht Monaten.

Im dritten Fall handelt es sich um einen 28jährigen Buchbinder, der wegen Diebstahls mehrmals zum Gefängnis verurteilt worden ist. Er erkrankte im zweiten Jahre der Haft. Wichtigere Symptome waren Beeinträchtigungs-, Vergiftungs-, Wahnvorstellungen und große Erregbarkeit. Ist schlaflos, machte zweimal Selbstmordversuche; benimmt sich zeitweise auch so, als ob er sich in einem Dämmerzustande befinden möchte. Äußert auch später abenteuerliche Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, zu denen unangenehme Sensationen hinzutraten. Spricht verworren, doch ist er gut orientiert. Intelligenz fast vollkommen erhalten. (*Hudovernig.*)

Aus **Friedrich**'s (63) Aufsatz verdient besonders hervorgehoben zu werden, daß er das Interessanteste in der Alkoholfrage darin sieht, daß man es scheinbar mit einer Sache zu tun hat, die vorzüglich das Individuum angeht, daß aber von einem weiteren Horizont aus die Alkoholfrage mit dem Interesse der Gemeinschaft, der Gesellschaft auf das innigste verknüpft ist. Die Alkoholfrage sei vor allem eine soziologische Frage. Diesen Gesichtspunkt soll auch der Strafrichter bei der Strafmessung berücksichtigen. Er soll dabei maßvoll verfahren und sich bewußt bleiben, daß seine Strafe nur ein kleines Mittel im Kampfe gegen die Trunksucht ist, und daß man das Übel nicht durch Beseitigung seiner Auswüchse heilt, sondern nur dadurch, daß man ihm an die Wurzel geht. Nicht die individuelle Trunkenheit ist zu bekämpfen, sondern die individuellen und sozialen Motive.

Grasset (69) hat sich seit längerer Zeit mit den vermindert Zurechnungsfähigen beschäftigt, er hat einen offenen Brief an den Justizminister gerichtet, in welchem er sich mit den Fragen der verminderten Zurechnungsfähigkeit beschäftigt. Er fordert die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Gesetz. Der vermindert Zurechnungsfähige bedürfe sowohl einer Strafe wie einer Behandlung, es müsse für ihn eine besondere Straf- und eine besondere Behandlungsanstalt geschaffen werden. Der für



die Allgemeinheit gefährliche vermindert Zurechnungsfähige (demi-fou) muß in besonderen Zwischenanstalten (Asyle-prison) zurückgehalten werden können, nicht nur während der kurzen Strafzeit, sondern bis zu seiner definitiven Heilung.

Hadlich (75) erzählt von einem bei ihm angestellten Dienstmädchen, das einen Brief, welcher ein Schmuckstück, einen 20-Mark-Schein und eine Briefkarte enthielt und verschlossen war, zur Post bringen sollte. Am nächsten Tage brachte der Postbote den gesamten Inhalt des Briefes ohne die Umschläge zurück mit der Angabe, er habe die einzelnen Teile des Inhaltes lose im Briefkasten gefunden. Das Mädchen gestand, den Brief geöffnet und seinen Inhalt in den Kasten geworfen zu haben, sie erklärte, sie habe geglaubt, so handeln zu müssen; den Briefumschlag habe sie wieder mit nach Haus gebracht und fortgeworfen, er fand sich auch richtig im Kohlenkasten vor. Wie das Mädchen auf diesen Einfall kam, sei ein Rätsel geblieben. Er läßt sich nur aus einer physiologischen Beschränktheit heraus erklären. Der Verf. wirft die Frage auf, was geschehen wäre, wenn der Postbeamte nicht ehrlich genug war, den Inhalt des Briefes wieder abzuliefern. Das Mädchen wäre in den Verdacht des Diebstahls gekommen und wäre vielleicht verurteilt worden.

Die Arbeit von **Homburger** (86) ist das zweite Heft der mir außerordentlich verdienstlich erscheinenden Heidelberger Abhandlungen. Auch hier werden, wie im ersten Heft, einzelne Lebensschicksale dargestellt, und zwar die Lebensschicksale der von Kirn beobachteten Fälle geistiger Erkrankungen, die in der Strafanstalt Freiburg i. B. zur Beobachtung kamen.

Der erste Abschnitt ordnet die Kirnschen Fälle nach ihren Beziehungen zur Dementia praecox. Es handelt sich hier in der Hauptsache um die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und degenerativer Geistesstörung. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit den degenerativen Haftpsychosen. Hier hat der Verf. das Material sehr glücklich gruppiert. Er teilt die Fälle in primär antisoziale und sekundär antisoziale und wieder sozial, seßhaft gewordene Rechtsbrecher. Mit am besten gelungen erscheinen mir die Abschnitte über die pathologischen Reaktionen und die degenerativen Geistesstörungen in der Gefangenschaft als pathologische Reaktionen. Was der Verf. über die Stellung der Haftpsychosen im Lebensbilde des Rechtsbrechers sagt, kann ich auf Grund meiner eignen langjährigen Erfahrungen voll und ganz unterschreiben.

Das dritte Kapitel behandelt das Material in seiner Beziehung zum manisch depressiven Irresein, während das vierte Kapitel die noch übrigbleibenden Kirnschen Fälle unter die sonstigen Geistesstörungen des freien Lebens rubriziert.

Der Arbeit sind 36 farbige Strafregister beigegeben. Auch ein ziemlich erschöpfendes Literaturverzeichnis fehlt nicht.

Baron **v. Hoyningen-Huene** (88) behandelt das Thema nach dem Gesichtspunkt des Begriffes des Strafprinzips, des Strafvollzugs und der Sicherung. An die Stelle der verminderten Zurechnungsfähigkeit will er den Begriff der verminderten Schuldfähigkeit setzen. Die verminderte Zurechnungsfähigkeit ist unter die mildernden Umstände einzugliedern, sie würde sich leicht an § 82 des deutschen Entwurfs angliedern lassen. Die mildere Bestrafung soll, weil geringere Schuld vorliegt, obligatorisch sein, und weil gleichzeitig ein nicht normaler Zustand vorliegt, soll die Bestrafung auch eine andere sein, worüber von Fall zu Fall zu entscheiden ist. Strafe und Heilanstalt sind streng zu scheiden, in die Heilanstalt sind nur solche einzuliefern, die unter den geordneten Strafvollzug nicht unterzubringen sind. Für die



Sicherungsmaßnahmen empfiehlt der Verf. die Einführung einer bindenden Forderung vormundschaftlicher Regelung im Strafgesetzbuch selbst etwa mit den Worten: „Über Notwendigkeit und Art einer nachträglichen Sicherung entscheidet vor Beendigung des Strafvollzugs das Vormundschaftsgericht."

Jödicke (94) beschreibt einen Kranken, der epileptische Anfälle in voller Vollendung nachahmte. Als sicheres Kriterium erwies sich die Untersuchung der Pupillenreaktion, es gelang, durch die Heilanstaltsbehandlung aus dem unreifen, haltlosen Kriminellen einen brauchbaren Menschen zu machen.

Wagner v. Jauregg (221) berichtet über ein Gutachten der medizinischen Fakultät, dessen Einzelheiten hier nicht mitgeteilt werden können. Es handelt sich um Totschlag an der Geliebten. Zu entscheiden war die Frage, ob es sich um Bewußtseinsstörung durch Rausch oder um Affekt handelte. Es erfolgte zunächst die Verurteilung; die Fakultät hatte den Geisteszustand gelegentlich eines Gesuches um Wiederaufnahme des Verfahrens zu beurteilen. Die Tat wird als eine Affekthandlung bzw. als eine aus einem heftigen Affekt hervorgehende Impulshandlung gedeutet. Affektdämmer wird als nicht wahrscheinlich bezeichnet, doch sei er nicht mit voller Sicherheit auszuschließen. Der Verurteilte litt zur Zeit der Tat an den Nachwirkungen einer Schädelverletzung, die eine Steigerung seiner Reizbarkeit zur Folge haben konnte. Die Wiederaufnahme des Verfahrens wurde abgelehnt.

Wagner v. Jauregg (222) definiert die Triebhandlung als eine aus einem einzigen Motiv hervorgehende Willenshandlung, wobei das Motiv in der Regel in einem einfachen sinnlichen Gefühl wurzelt. Verf. spricht zunächst über den Stehltrieb. Soweit er Teilerscheinung einer schweren Psychose ist, wird seine forensische Beurteilung unschwierig sein. Dagegen bietet die Zurechnungsfähigkeitsfrage bei den eigentlichen Kleptomanen unter Umständen große Schwierigkeiten. v. Jauregg erörtert die Beurteilung unter Zugrundelegung des österreichischen Strafgesetzentwurfes und meint, daß bei den Kleptomanen meist die Absicht fehlt, sich einen unberechtigten Vermögensvorteil zu verschaffen, so daß nur eigenmächtige Aneignung vorliege. Dann wendet sich Verf. zur Pyromanie. Er erörtert die Momente, die gelegentlich das krankhafte Motiv erkennen lassen. Es folgt die Besprechung der Poromanie, die namentlich militärisch von Bedeutung ist. Den Schluß bildet die Analyse der Geschlechtstriebe unter Ausschaltung der konträren Sexualempfindung. Der Aufsatz bildet die Wiedergabe eines in der kriminalistischen Vereinigung zu Wien, im Hinblick auf den österreichischen Strafgesetzentwurf, gehaltenen Vortrages.

Kiernan (97) berichtet über in Amerika zur Beobachtung gekommene und zur Gerichtsverhandlung gebrachte Fälle von Diebstählen und Brandstiftungen und erörtert die Frage des Themas nach den üblichen Gesichtspunkten. In einer Reihe von den beobachteten Diebstahlsfällen spielten erotische Momente eine entscheidende Rolle. Wirkliche Kleptomanie komme bei Imbezillen, Schwachsinnigen, bei Paralytikern und Verblödeten vor. Auch im Klimakterium mache sich eine Neigung zum Stehlen und Sammeln geltend.

Kiernan (96) schildert Meineide, begangen von Geisteskranken. Ein älterer Geistlicher beschwor in einem Ehescheidungsprozeß, daß er vor 6 oder 7 Jahren den Ehebruch der beklagten Dame beobachtet habe. Seine Darstellung war vollkommen erlogen. In einem anderen Falle hatte ein Mann namens Calgwell in einem Prozeß beschworen, daß ein Sarg mit Blei gefüllt war, statt mit der angeblich in ihm enthaltenen Leiche. Diese Darstellung war falsch, es fand Exhumierung statt, der Leichnam wurde in dem Sarge vorgefunden.

Weiter erörtert **Kiernan** (96 a) besonders die Voraussetzung für die Glaubwürdigkeit von Zeugenaussagen bzw. diejenigen pathologischen Momente, welche Zweifel an der Glaubwürdigkeit einer Zeugenaussage erregen können. Der Verf. verlangt, daß der Psychopathologie der Zeugenaussage mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird, als das bisher geschehen sei.

Kirchberg (100) berichtet über 7 Fälle von Eigentumsvergehen bei progressiver Paralyse, bei denen als gemeinsame Züge die Unverschämtheit, mit der die Delikte begangen wurden, und die schwachsinnigen Entschuldigungen hervortraten. Für die forensische Beobachtung betont Kirchberg als besonders wichtig die Tatsache, daß die Paralyse gelegentlich sehr schleppend verlaufen kann, und daß gerade deshalb der krankhafte Zustand unter Umständen der Erkennung große Schwierigkeiten bereitet.

Die von **Marx** (124) begutachtete Frau war in der Nähe eines Vergnügungslokals, angesichts einer großen Menschenmenge, ins Wasser gesprungen, sie wurde herausgezogen und bezichtigte sich, ihr Kind mit ins Wasser genommen zu haben. Dem herbeigerufenen Polizeibeamten wurde vom Publikum die Angabe der Frau bestätigt, es wurde ihm sogar eine Beschreibung des Kindes gegeben. Der Verf. stellt fest, daß die Frau unzurechnungsfähig sei. Spätere Ermittlungen ergaben, daß das Kind der Angeschuldigten noch lebte, und daß sie allein ins Wasser gesprungen war. Es lag also eine falsche Selbstbezichtigung vor, mit der eine erstaunliche Massensuggestion konkurriert hatte.

Meyer (129) hält es für eine unbillige Forderung, den Rausch bei jedem kleinen Vergehen zu berücksichtigen. Bei schwereren im Rausch verübten Delikten ist die Zurechnungsfähigkeit zu prüfen. Was den Vorentwurf für ein deutsches Strafgesetzbuch angeht, so ist der § 64 der einzige, der es ermöglichen würde, dem pathologischen Moment der Trunkenheit gerecht zu werden. Der Ausdruck selbstverschuldete Trunkenheit ist nicht unbedenklich.

Meyer und **Puppe** (131) behandeln den bekannten Allensteiner Kriminalfall und versuchen, in anziehender Weise, zu zeigen, daß die Ermordung des Majors v. Schönebeck als eine Tat aufzufassen ist, die nicht von zwei Personen, sondern in gewissem Sinne nur von einer einzigen vollbracht wurde, die aus zwei pathologischen Persönlichkeiten zusammengeschmolzen sei. Das Verhängnis hat in v. Goeben und Frau v. Schönebeck zwei Menschen zusammengeführt, deren pathologische Züge einander trafen, und beide Personen wurden gewissermaßen wie eine einzige dem Verbrechen zwangsartig zugedrängt.

Möller (138) schildert einen Fall seiner Beobachtung, bei dem die Delikte immer Montags nach mehr oder weniger starkem Alkoholgenuß begangen wurden, und zwar meistens in einer Kirche. In einem Falle attackierte er eine Ordensschwester, während schon Leute in der Kirche waren. Es handelte sich um eine Epilepsie, die sich hauptsächlich nur in Schwindelanfällen äußerte. Möller nimmt epileptische Dämmerzustände an; das Verfahren wurde eingestellt.

Nerlich (141) berichtet eingehend über einen Fall, in welchem der zu Beobachtende Verwirrtheitszustände, Gedächtnis- und Geistesschwäche simulierte. Er fiel mehrfach aus der Rolle, eine Zeitlang war er stumm. Die Beobachtung ergab, daß niemals Gemütsschwankungen vorkamen, er benahm sich äußerlich geordnet und reagierte gelegentlich auch auf Äußerungen, die in seiner Umgebung fielen. Fragen beantwortete er in der späteren Zeit absichtlich einsilbig, widerspruchsvoll verkehrt. Über seine persönlichen Verhältnisse gab er bald richtige, bald falsche Antworten.

Besonders bei der Intelligenzprüfung suchte er sich als blödsinnig hinzustellen. Er wurde als Simulant erklärt und zu 14 Jahren Zuchthaus verurteilt. Während des Strafvollzuges zeigte er sich geistig normal.

Pagenstecher (150) berichtet über eine Krankengeschichte, die der Großvater des Verf. im Jahre 1819 in der Heidelberger Medizinischen Klinik geführt hat. Ein Petersburger Schreinergeselle simulierte Rheumatismus. Er wurde mit Zugpflastern, Guajaktinktur und halben Portionen kuriert.

Placzek (158) spricht zunächst von dem Kampfe der Öffentlichkeit gegen die Psychiater und fordert die Psychiater zur Abwehr auf, man dürfe nicht mehr in vornehmem Schweigen verharren. Es ist nicht gleichgültig, daß die Presse und gewisse irrenreformatorische Zeitschriften Tag für Tag von psychiatrischen Fehlgriffen berichten. Placzek geht dann weiter den Ursachen und Mißständen nach, aus denen nach seiner Meinung das Übelwollen gegen die Psychiater erwächst. Zunächst berührt er das überflüssige Abweichen in den Meinungen der einzelnen Psychiater, er stützt sich bei seinen Ausführungen auf Fälle eigener Erfahrung; in dem einen Falle war es die Auffassung und Würdigung sexueller Vorgänge und die noch immer herrschende Verschwommenheit, aus dem die Gutachterdivergenz resultierte. An der Hand des Falles der Frau v. Schönebeck widmet Placzek der Universalität der Gerichtsärzte einige Worte, und er scheint nicht abgeneigt zu sein, die Worte, die A. O. Weber im Kleinen Journal an eine Kritik der Gerichtsärzte verschwendet hat, wenn auch nicht wörtlich, so doch ihrem Sinne nach zu unterschreiben.

Placzek verlangt eine Trennung des pathologisch-anatomischen Zweckes der gerichtlichen Medizin vom Psychiatrischen. Der Fall des Grafen Metternich beweist einem die Notwendigkeit frühzeitiger Unschädlichmachung der Degenerierten, die zugleich auch die gefahrvollsten Verbreiter der Geschlechtskrankheiten seien. Eine anerkennenswerte Kritik läßt Placzek dem Unfug der ärztlichen Bescheinigung geistiger Gesundheit zuteil werden.

Raecke (165) gründet seine Beurteilung sexueller Delikte auf der von Ziehen vorgeschlagenen Systematik der sexuellen Perversitäten. Die bisherige Einteilung nach der äußeren Symptomatik wird verworfen. Es kommt nicht auf den zufälligen Inhalt des perversen Gedankenganges an, sondern allein auf die Art seiner Entstehung. Nach der Ziehenschen Einteilung in konstitutionelle, assoziative, implantierte und kompensatorische Parhedonien behandelt Raecke sein Material von 50 Sittlichkeitsverbrechern. Er gibt für die einzelnen Parhedonien instruktive Beispiele, er fügt dann den erwähnten Parhedonien noch die Situationsparhedonie hinzu, unter denen er in Anlehnung an die „Situationspsychosen“ Siemerlings diejenigen Fälle abnormer Geschlechtsbetätigung zusammenfaßt, deren Entstehung in erster Linie äußeren Momenten zuzurechnen ist. Zum Schluß widmet Raecke den sittlichen Verfehlungen an Kindern ein Wort; meist seien diese Verfehlungen Ausfluß geistiger Störung; hier habe der ärztliche Sachverständige in der Regel einen schweren Stand, weil der Laie geneigt sei, solche Übeltäter mit der ganzen Strenge des Gesetzes zu strafen.

Rainsford (166) macht auf die forensische Bedeutung der sogenannten Grenzfälle an der Hand von vier von ihm beobachteten Fällen aufmerksam. Es handelte sich durchweg um Psychopathen. Der erste, ein 16jähriger junger Mann, war ein Imbeziller, der überall Diebstähle ausführte; auch der zweite Patient hatte Zeichen moralischer Inferiorität mit Neigung zum Diebstahl. Der dritte Psychopath offenbarte perverse Neigungen, und der vierte war Morphinist und suchte sich durch Diebstähle das Geld für Morphium zu verschaffen. (*Bendix.*)

Régis (168) teilt 2 Fälle mit. In beiden Fällen handelt es sich um Vorbeireden. In dem einen Falle nahm Régis Simulation, in dem anderen eine geistige Erkrankung an. In dem einen der Fälle waren die albernen Antworten schon früher konstatiert worden, in dem anderen waren sie für die Bedürfnisse des Falles einfach gemacht. Bei dem Kranken fanden sich nebenbei noch Verwirrtheit, Negativismus, Erinnerungsstörungen, grundloses Lachen, kurzum die Zeichen einer Dementia praecox.

Rettich (170) erörtert die Frage seines Themas an 2 Fällen aus der Heilanstalt Vehnen. An Entartungszeichen fanden sich Hypospadie, Fehlen von Fingern, Mißbildung der Füße, abstehende Ohren ohne Differenzierung der Ohrmuscheln, steiler Gaumen, Verbildung des Zäpfchens, Hyperopie. Es handelt sich um Brüder. Beide Brüder begingen schon in frühster Jugend schwere Sittlichkeitsverbrechen. Im übrigen geht die Arbeit auf die einschlägige Literatur ein. Beigegebene Photographien zeigen die beobachteten Degenerationszeichen.

Rorschach (174) teilt einen Fall eigener Beobachtung mit, der bei dem Täter eine im Dämmerzustande auftauchende Kontamination erkennen ließ. Verschiedene mehr oder weniger bewußte Momente verquickten sich zu einem neuen Bilde, halb bewußte Erinnerungen, die kryptomnestische Kenntnis der Örtlichkeit, eine klar bewußte Orientierung in der Umgebung des Tatortes produzieren zusammenwirkend den Gedanken, es stehe in der Nähe ein Fuhrwerk, dem er, der Täter, zu Hilfe kommen müsse. Auf diesem Wege kam es zu dem schon nach den äußeren Umständen sich als ziemlich unsinnig erweisenden Diebstahl. Es wurde Dämmerzustand angenommen, das Verfahren wurde eingestellt.

Rougé (176) berichtet über 2 Querulanten. In einem Falle kam es wegen Bedrohung zur Verurteilung zu 7 Tagen Gefängnis, in dem zweiten Falle wegen Mordversuches zur Verurteilung zu 6 Jahren Strafhaft. In beiden Fällen wird von Sachverständigen verminderte Zurechnungsfähigkeit, aber nicht Zurechnungsunfähigkeit angenommen. Die Diagnose schließt beide Male den eigentlichen Paranoiacharakter aus und reiht die beiden unter die Desequilibrierten ein. Im übrigen würde man in dem 2. Falle doch wohl dazu haben kommen können, begründete Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit auszusprechen.

Schäfer (184) schildert einen Fall hartnäckiger Simulation, in dem der in Deutschland geborene Angeklagte dauernd ein gebrochenes Deutsch sprach, mit der falschen Angabe, er sei Amerikaner, zeitweilig tobte er auch. Unmittelbar nach der Urteilsverkündigung kehrten Besinnung und Vernunft zurück.

Schäfer (185) polemisiert gegen Voß, der die Behauptung aufstellt, daß ein Täter dann geistesgesund sei, wenn die Tat mit dem sogenannten gesunden Menschenverstande begreifbar sei, und wenn er nicht sonst irgendwie geistig abnorm sei. Schäfer ist der Ansicht, daß man bei dieser Methode niemals zu einem Verständnis krankhafter Geisteszustände gelangen könne.

Schlue (188) teilt zu seinem Thema 2 einschlägige Fälle aus der Kieler psychiatrischen Klinik mit. In beiden Fällen kam es zu der Annahme der Voraussetzungen des § 51 des Strafgesetzbuches. In einem Falle handelte es sich um Sittlichkeitsverbrechen, im anderen Falle um Fahnenflucht. Es sei Sache des praktischen Arztes, die latente Epilepsie möglichst frühzeitig zu erkennen.

Schmid-Guisan (189) berichtet von den Erinnerungsfälschungen einer Frau, die bei einem Überfall verletzt wurde. Sie erlitt dabei Hirnblutungen und verfiel in einen Zustand von Demenz und wird deswegen als zeugnisunfähig erachtet. Sie hatte fälschlich 2 Personen des Überfalls bezichtigt.

In einer sehr lesenswerten Arbeit behandelt **Stern** (204) die Situationspsychosen, unter denen er mit Siemerling diejenigen psychogenen Psychosen versteht, welche nicht nur ätiologisch durch das Auftreten in einer bestimmten Situation, sondern auch im Verlauf durch weitgehende Abhängigkeit von dieser Situation ausgezeichnet sind. Die Hervorhebung dieses exogenen Faktors rechtfertigt sich aus der Unmöglichkeit, bestimmte Reaktionstypen einzelner Konstitutionen zu eruieren. Zu den Situationspsychosen gehören insbesondere diejenigen akuten Störungen, die bisher als Haft- oder Gefängnispsychosen bezeichnet wurden. Der Ausdruck Situationspsychose erscheint dem Referenten recht glücklich gewählt, um so mehr, als er in der Tat neben dem rein äußerlichen Moment auch die Besonderheit des schädigenden Faktors und die aus seiner Besonderheit fließende besondere Reaktion treffend kennzeichnet.

Wassermeyer (223) berichtet von einem Falle, in dem Verurteilung wegen Anstiftung zum Vergehen im Amte erfolgte. Es lag hochgradige Neurasthenie vor, der Verurteilte war jahrelang für einen Paralytiker gehalten worden und dann als Simulant bezeichnet worden. Die Strafvollzugsunfähigkeit auf Grund der Neurasthenie wurde vom Verf. verneint, und zugleich verneint Wassermeyer aber auch die Frage der Simulation, wenn sich auch mehrere Ärzte über seinen Zustand getäuscht haben. Im zweiten Falle handelt es sich um einen alten Zuchthäusler, der in der Untersuchungshaft erkrankte, als unheilbar entmündigt wurde und dann mehrere Jahre lang raffinierte Einbruchsdiebstähle beging, für die er als Geisteskranker straffrei blieb. Als er dann die Aufhebung der Entmündung zwecks Heirat betrieb und in einem neuen Strafverfahren eine ärztliche Untersuchung angeordnet wurde, glaubte der Betreffende, es handle sich um eine Untersuchung zum Zwecke der Bemündigung, es konnte geistige Gesundheit bzw. Simulation von Geisteskrankheit festgestellt werden. In der Hauptverhandlung fing er an zu schimpfen und zu lärmen, als man ihm aber klar machte, daß sich das Gericht dadurch nicht beeinflussen lassen würde, war er ruhig, er wurde verurteilt. Während der Strafhaft schien er zu erkranken, er wurde dann aber in der Irrenanstalt als Simulant erkannt.

Zingerle (238) bespricht an der Hand einer instruktiven Kasuistik die Bedeutung der vorübergehenden Geistesstörungen für die forensische Praxis. Er bespricht die reaktiven, auf konstitutionellem Boden entstehenden Depressionen, die Bedeutung vorübergehender Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, die Zustände, die auf dem Boden von Erschöpfungen und Intoxikationen entstehen, ferner Dämmerzustände, die ethischen Defektzustände der Pubertätszeit, die durch vorübergehendes Versagen der intellektuellen Widerstandsfähigkeit entstanden sind (Ziehen).

Zingerle erörtert ferner die Fragen, welche bei der Prüfung der Erinnerung zu berücksichtigen sind. Er geht auf die pathologischen Affekte ein, bespricht die Bedeutung und Beurteilung der pathologischen Rauschzustände, er betont, daß eine Bewußtseinstrübung nicht ein geschlossenes, ohne Lücke ablaufendes Ganze darstellen muß, daß vielmehr die Bewußtseinstrübung durch eingeschobene Intervalle von Lucidität in mehrere Phasen zerfallen kann. Ein Literaturverzeichnis beschließt die instruktive und lesenswerte Arbeit.



Therapie der Geisteskrankheiten.

Ref.: San.-Rat Dr. Ascher-Berlin.

1. Abramowsky, Eleonore, Berichte über Schwachsinnigenfürsorge in Amerika und England. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 6. p. 512.
2. Adam, Frantz, Les internements abusifs. Contribution à l'étude de l'assistance des aliénés. L'Assistance. Juli. p. 131. u. Paris-Lyon. A. Maloine.
2a. Derselbe, Sur le placement des enfants anormaux dans les asiles d'aliénés. L'Enfance anormale. sept.
3. Adam, Fritz, Vom heimatkundlichen Unterricht in der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Beh. Schwachsinniger. No. 1. p. 1.
4. Adler, Arthur, Vorschlag zur chirurgischen Behandlung entzündlicher Meningitiden und der progressiven Paralyse. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 1. p. 5.
5. Aichenwald, L., Einpackungen bei Geisteskranken als Restraintmethode. Psych. d. Gegenwart. (russ.) 6. 462.
6. Alombert-Goget et Cornu, Edmond, L'épidémie de Choléra en 1911 à l'asile de Marseille (108 cas). Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 385.
7. Alzheimer, A., Ist die Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im Reichsgesundheitsamt erstrebenswert? Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. 1911. Bd. VI. H. 2. p. 242.
8. Amaldi, Relazione sul tema generale: „Le registrazioni e le pubblicazione periodiche manicomiali ai fini d'una statistica metodica ed uniforma in Italia, anche a contributo del progettato istituto internazionale per la profilassi delle malatte mentali. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 205. **(Sitzungsbericht.)**
9. Anton, Über die Behandlung der Paralyse. Wiener klin. Wochenschr. No. 27. **(Sitzungsbericht.)**
10. Auden, Erziehung der schwachsinnigen und schwachbegabten Kinder. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 2342.
11. Auerbach, Siegmund, Die Errichtung einer besonderen Abteilung im Reichsgesundheitsamt zur Bekämpfung der Nerven- und Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wochenschrift. XIII. Jahrg. No. 43. p. 427.
12. Battistessa, P., Sulla cura della paralisi progressiva con la tubercolina. Riv. ital. di Neur. 5. 117.
13. Bechterew, v., et Poussèpe, La Chirurgie des aliénés. Arch. de Neurol. Vol. II. 10. S. No. 1. p. 1. 69.
14. Becker, Werner H., Der Umgang mit chronisch Verrückten. Monatsschr. f. Irrenpflege. p. 147.
15. Derselbe, Die Fortschritte der medikamentösen Irrentherapie im Jahre 1911. Sammelreferat. Allg. Mediz. Central-Zeitung. No. 7—8. p. 81. 95.
16. Derselbe, Die sozialärztlichen Aufgaben der Irrentherapie. Moderne Medizin. No. 8—10. p. 164. 185. 210.
17. Derselbe, Über den heutigen Stand der Paralysebehandlung. Reichs-Medizinal-Anzeiger. No. 21. p. 643.
18. Behr, Albert, Bericht über die ersten vier Jahre des Bestehens der Livländischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Stackeln (1907—1910). St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 13—16. p. 212. 240.
19. Benon, R., Assistance hospitalière spéciale et états mentaux aigus et subaigus. La Presse médicale. 16. Dec. 1911. No. 100.
20. Bergonzoli, Gaspare, Note statistiche e relazione sul manicomio provinciale di Pavia in Voghera nell' anno 1911. Articolo 48 del regolamento.
21. Bernheim, H., De la psychothérapie dans les psychoses. Revue méd. de l'Est. p. 1—13.
22. Bewahrungspflicht, Für die Stellungsnahme des deutschen Bundesamtes für das Heimatwesen zur Frage der Bewahrungspflicht der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 45. p. 457.
23. Beyer, B., Die Bestrebungen der Reform des Irrenwesens. Material zu einem Reichsirrengesetz. Für Laien und Aerzte. Halle. C. Marhold.
24. Bissell, H. P., A Laymans View of Care and Treatment of Insane in State Hospitals of New York. Amer. Journal of Insanity. Oct.
25. Blair, David, „Forced Feeding", with Special Reference to a Case Continously fed by the Nasal Tube for over Nine Years. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 252.
26. Blumenau, L., Dem Gedächtnis Ed. Séguins. Psych. d. Gegenw. (russ.) 6. 294.
27. Bossi, L. M., Die gynaekologische Prophylaxe bei Wahnsinn. Berlin. O. Coblentz.
28. Bowning, B. C., Mental Hygiene and the Special Child: Chapter in Social Pathology. Boston Med. and Surg. Journ. April. 18.



29. Bresler, Johannes, Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. Bd. II. Halle. C. Marhold.
30. Derselbe, Die Bedeutung der Deutschen Dichter-Gedächtnis-Stiftung für die Krankenhäuser und speziell die Anstalten für Geistes- und Nervenkranke. Psych.-neurol. Wochenschrift. 14. Jahrg. No. 25. p. 287.
31. Briggs, L. V., Three Months Without and Three Months With a Social Service Worker in Mental Clinic at Boston Dispensary. Amer. Journal of Insanity. Oct.
32. Briscoe, John Frederick, Appendicitis in Private and Public Hospitals for the Insane. Brit. Med. Journal. II. p. 118. und The Journal of Mental Science. Oct. p. 622.
33. Brown, R. Dods, The Production of Leucocytosis in the Treatment of Mental Diseases. The Journal of Mental Science. Vol. LVIII. p. 389.
34. Derselbe, The Use of Salvarsan in Mental Diseases. Review of Neurol. and Psych. 1911. 9. 612.
35. Büttner, Georg, Von der Gartenarbeit in der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachs. No. 7. p. 134.
36. Derselbe, Vom Hilfsschulwesen. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 109.
37. Camerer, Einige Bemerkungen zu der Veröffentlichung von Med.-Rat Dr. Kreuser über die Aufgaben der Irrenfürsorge in Württemberg. Med. Dr. Kreuser: Schlusswort. Med. Corresp.-Blatt d. Württemb. ärztl. Landesver. Bd. LXXXII. No. 41. p. 655.
38. Derselbe und Krimmel, Geschichte der Königl. württembergischen Heilanstalt Zwiefalten 1812—1912. Zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Anstalt. Stuttgart. Greiner & Pfeiffer.
39. Campbell, C. Macfie, The Application of Psychoanalysis to Insanity. New York Med Journ. Vol. XCV. No. 21. p. 1079.
40. Camus, Paul, L'agitation et son traitement. Paris médical. 1911. No. 28. p. 49—54.
41. Canalis, P., Le maintien des aliénés du lit comme moyen prophylactique pour arrêter la propagation du Choléra dans les asiles. L'Igiene moderna. 1911. No. 12.
42. Channing, Walter, The State Psychopathic Hospital in Boston. The Journal of Nerv. and Mental Disease. Vol. 39. No. 11. p. 752.
43. Cjubuschin, A., Eindrücke über den neuen Typus von Krankenpflege in der vierten Männerabteilung des Preobrashensky-Krankenhauses in Moskau. Korsakoffsches Journal. 12. 323.
44. Clemens, H., Die Erfolge der Beschäftigungstherapie bei akuten Geistesstörungen. Neurol. Centralbl. p. 1536. **(Sitzungsbericht.)**
45. Coler, Modernes Anstaltsleben. **Vereinsbeil.** d. Dtsch. mediz. Wochenschr. p. 1395.
46. Courbon, Le traitement des escharres par l'enfumage iodé. Arch. de Neurol. 1913. 11. S. T. I. p. 108. **(Sitzungsbericht.)**
47. Cox, W. H., Verslag omtrent het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Utrecht over de jaren 1902—1910. 4⁰. 165 Seiten mit X Tafeln.
48. Crocq, Paralysie générale et salvarsan. Journal de Neurologie. p. 416. **(Sitzungsbericht.)**
49. Cropp, Fritz, Ärztliches zur Frage der Fürsorgeerziehung. Inaug.-Dissert. Marburg.
50. Cros-Marrevieille, Gabriel, Traité de l'assistance hospitalière. Paris. Berger-Levrault.
51. Danajew, N., Einige Worte über die Behandlung von Paralyse mit Tuberkulin. Psych. d. Gegenw. (russ.) 6. 805.
52. Damaye, H., L'assistance aux troubles mentaux aigus et curables. Revue de Psychiatrie. 1911. 15. 377.
53. Dannemann und Berliner, Über Erziehungsfragen bei abnormen Anlagen. Neurol. Centralbl. p. 657. **(Sitzungsbericht.)**
54. Dees, Beschäftigung der Kranken im Walde. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 29. p. 337.
55. Demoor, Jean, Die anormalen Kinder und ihre erziehliche Behandlung in Haus und Schule. 2. Auflage. Altenburg. O. Bonde.
56. Denkschrift zur Feier der Eröffnung der ersten Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Bedburg (Kr. Cleve). Psych.-neurol. Wochenschr. No. 20—24. p. 219. 235. 248. 265. 277.
57. Ditthorn, Fritz, und Loewenthal, Waldemar, Eine gesicherte Desinfektionsschüssel für Irrenanstalten. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 6. p. 278.
58. Donath, Julius, Zur Nukleinsäurebehandlung der progressiven Paralyse. Wiener klin. Wochenschr. No. 51. p. 2008.
59. Dorner, Über den Status epilepticus und seine Bekämpfung mit hohen Dosen von Atropinum sulf. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 1. p. 69.
60. Drouineau, G., Service medical des asiles d'aliénés. L'Informateur des Aliénistes. No. 1. p. 10.

61. Dupouy, Raoul, Arriénation infantile et opothérapies endocriniennes (puériculture de la seconde enfance et traitement préventif de l'infantilisme). Revue de Médecine. No. 4. p. 307.
62. Derselbe, Le traitement des enfants „arriérés" par l'opothérapie endocrinienne associée. Journal de Méd. de Paris. No. 5. p. 87.
63. Derselbe, Contribution au traitement des enfants arriérés par les extraits endocriniens associés. Compt. rend. Acad. des Sciences. T. 155. No. 24. p. 1261.
64. Derselbe, Au sujet des certificats de situation. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 348. (Sitzungsbericht.)
65. Eager, Richard, An Investigation as to the Therapeutic Value of Thyroid Feeding in Mental Diseases. The Journ. of Mental Sciences. Vol. LVIII. p. 424.
66. Edson, Andrew W., How Far Shall the Public School System Care for the Feeble-Minded? The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. p. 1631. (Sitzungsbericht.)
67. Derselbe, The Education and Training of Feebleminded Children in the Public Schools. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 23. p. 1176.
68. Ehrenwall, von, Ueber das Recht der Irrenanstaltsärzte, die Korrespondenz ihrer Kranken zu überwachen. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 15. p. 161.
69. Emanuel, Gustav, Erfahrungen mit Luminal bei Geistes- und Nervenkranken. Neurol. Centralbl. No. 9. p. 563.
70. Enge, Die Behandlung der progressiven Paralyse. Eine zusammenfassende Literaturstudie. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Referate. Bd. IV. H. 6. p. 529.
71. Derselbe, Zerstreuungen und Festlichkeiten in Irrenanstalten. ibidem. Bd. IX. H. 1. p. 51.
72. Fabinyi, Über die statistische Nomenklatur in den Berichten der Irrenanstalten. Neurol. Centralbl. p. 1279. (Sitzungsbericht.)
73. Felzmann, O., Über die Pflege der Geisteskranken durch Schwestern in der Abteilung von neuem Typus im Preobrashensky-Krankenhaus in Moskau. Korsakoffsches Journal. (russ.) 12. 310.
74. Fenning, Frederick A., Voluntary Submission to Treatment and Custody in Hospitals for the Insane. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 15. p. 1104.
75. Fischer, Über die Zulassung von Rechtsanwälten zu Besuchen bei Pfleglingen der Heil- und Pflegeanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 4. p. 43.
76. Fischer, Max, Neue Aufgaben der Psychiatrie in Baden. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 1. p. 34.
77. Fischer, O., Das Problem der Paralysetherapie. Münch. Mediz. Wochenschr. p. 2843. (Sitzungsbericht.)
78. Fraikin et Grenier de Cardenal, Psychose par dysthyroïdie chez une goitreuse. Guérison par le traitement thyreoïdin. Revue neurol. No. 11. p. 779. (Sitzungsbericht.)
79. Francia, G., Primo esperimento di colonizazione libera dei deficienti gravi e dei giovani criminali. Psicoterapia pratica contro le tendenze amorali e criminali. Riv. di psicol. applicata. 1911. 6. 1.
80. Freymuth, A., Sind die in Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken „Gefangene" im Sinne § 120 und 121 des Strafgesetzbuches? Zeitschr. f. Versicherungsmedizin. 1911. 4. 157.
81. Fuchs, Arno, Schwachsinnige Kinder, ihre sittlich-religiöse, intellektuelle und wirtschaftliche Rettung. Versuch einer Hilfsschulpädagogik. 2. völlig umgearbeitete Auflage. Gütersloh. C. Bertelsmann.
82. Funaioli, Organizzazione del servizio medico-psichiatrico nell' esercito. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 257. (Sitzungsbericht.)
83. Fürsorgezöglinge, Massnahmen des Fürsorgeverbandes Leipzig hinsichtlich der Unterbringung der —. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 11. p. 123.
84. Gerhardt, J. P., Die Schule der Alsterdorfer Anstalten, ihr Schülermaterial und ihre Unterrichtsmethode. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Beh. d. jugendl. Schwachs. Bd. V. H. 3—5. p. 315.
85. Gluschkow, N., Therapeutischer Wert der Lumbalpunktion bei Epilepsie und progressiver Paralyse. Neurol. Bote (russ.) 19. 784.
86. Derselbe, Traitement de la paralysie générale par le procédé de Wagner. Assemblée scientif. des méd. de l'hôpital de Notre-Dame- des affligés pour les aliénés de St. Pétersbourg. 29. févr. u. Psych. d. Gegenwart (russ.). 6. 785.
87. Goria, Assistenza domestica sussidiata degli alienati in prov. di Ancona. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 266. (Sitzungsbericht.)
88. Grabi, Erfahrungen mit Trivalin-Overlach und Trivalin-Hyoscin. Allg. Mediz. Central-Ztg. No. 51. p. 665.
89. Graves, William C., Report of the Care of Epileptics in Special Institutions in the United States. Epilepsia. Vol. 3. No. 2. p. 162.



90. Gross, A., Allgemeine Therapie der Psychosen. Aschaffenburgs Handb. d. Psychiatrie. Allg. Teil. Abt. 4. Wien. Fr. Deuticke.
91. Grzywo-Dąbrowski, W., Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Neurologja Polska. Bd. II. H. 8.
92. Gürtler, Reinhold, Die XIV. Konferenz des Vereins für Erziehung, Unterricht und Pflege Geistesschwacher vom 8. bis 11. September 1912 in Bielefeld und Bethel. Zeitschr. f. die Behandlung Schwachsinniger. No. 10. p. 193.
93. Gutekunst, Die Entwickelung der familialen Verpflegung der königl. Heilanstalt Zwiefalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 4. p. 430.
94. Halbey, Kurt, Kombinationen narkotischer und Schlaf-Mittel und ihre Anwendung in der Behandlung der Geisteskrankheiten. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 13. p. 139.
95. Hartwich, Werner, Vermögen wir Anzeichen von Nukleinstoffwechselstörung im Blut bei Krankheiten des Zentralnervensystems durch geeignete Nukleinbehandlung zu beeinflussen. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 46—47. p. 459. 474.
96. Hassmann, Über die Einführung der Alkoholabstinenz in Irrenkrankenhäusern. Wiener klin. Wochenschr. p. 1374. (Sitzungsbericht.)
97. Haymann, Hermann, Wie behandeln wir Geisteskranke? München. Verlag d. Aerztl. Rundschau.
98. Hegyi, Die Unterbringung der Geisteskranken. Neurol. Centralbl. p. 1337. (Sitzungsbericht.)
99. Hellwig, Alfred, Nutzanwendung der Leitsätze Dr. G. Kolbs (Sammelatlas für Bau von Irrenanstalten), für die Ausgestaltung der Irrenanstaltsfiliale in Iglau (Mähren) zu einer selbständigen Irrenanstalt. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 10—12. p. 105. 117. 129.
100. Derselbe, Jahresbericht der mährischen Landes-Irrenanstalt Brünn für das Jahr 1911. Brünn. Verlag des mährischen Landesausschusses.
101. Derselbe, Die Schweinezucht und -Mast als Wirtschaftszweig der Eigenregie. Zeitschr. f. Kranken- und Humanitätsanstalten.
102. Derselbe, 25 Jahre Eigenregie in der Verpflegung bezw. Bespeisung der mähr. Landesirrenanstalt zu Brünn. ibidem. No. 16. p. 241.
103. Derselbe, Die Krankenbewegung in der mährischen Landesirrenanstalt Brünn seit ihrem Gründungsjahr 1863/64. ibidem. No. 11.
104. Henze, A., V. österreichische Konferenz der Schwachsinnigenfürsorge. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 249.
105. Herting, Über Hausindustrie in den Anstalten. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 20. p. 225.
106. Derselbe, Hausindustrie in den Anstalten. Geschichtliche Bemerkung darüber. ibidem. 14. Jahrg. No. 31. p. 360.
107. Hirschfeld, R., Über Trinkerfürsorgestellen. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. VIII. H. 5. p. 659.
108. Hock, Über Hausindustrie in den Anstalten. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 31. p. 360.
109. Holmes, Bayard, How the Department of Agriculture Treats the Loco Disease; a Lesson in Comparative Psychiatry. Medical Record. Vol. 82. No. 16. p. 700.
110. Horand, R., Puillet, P., et Morel, L., Troubles délirants d'origine thyroidienne chez un prédisposé. Opération. Guérison. Gaz. des h pitaux. No. 126. p. 1745.
111. Horne, A., Prognosen for juvenile psychosen behandlet i Kristiania kommunale sindssykeasyl 1849—1900. Norsk Mag. for Laegevidenskaben. No. 6. p. 892.
112. Horstmann, Über den Bauplan der Provinzialheilanstalt zu Stralsund. Neurol. Centralbl. p. 538. (Sitzungsbericht.)
113. Hösel, Über das neue Irrenfürsorgegesetz und die Neuordnung des Irrenwesens im Königreich Sachsen vom Jahre 1912. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 5. p. 639.
114. Hudovernig, C., Über Ergebnisse von Tuberkulinkur bei Paralytikern. Psych.-neurol. Sekt. d. Budapester kgl. Aerzteges. 22. IV.
115. Hussels, Hans, Über die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Inaug.-Dissert. Kiel.
116. Ipsen, A., und Helweg, H., Herman and Perutz' Syfilisreaktion udført in 16 Tilfaelde pas Sindssygage-hospitalet ved Middelfart. Hospitalstidende. Nov. 13.
117. Isserlin, M., und Gudden, Hans, Psychiatrische Jugendfürsorge (mit besonderer Berücksichtigung des Verhaltens in Bayern). Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 12. H. 5. p. 465.
118. Jacquin, Conclusions de trois années de pratique médico-pédagogique dans une école de perfectionnement, type externat. Revue neurol. No. 11. p. 779. (Sitzungsbericht.)



119. Elfter Jahresbericht des Hilfsvereins für Geisteskranke in der Rheinprovinz. Druck der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg.
120. Jahrsdörfer, Richard, Pantopon, ein neues Opiumpräparat, und seine Anwendung in der Psychiatrie. Inaug.-Dissert. Heidelberg.
121. Jambon, Paralysie générale guérie par le Salvarsan. Journ. des méd. prat. de Lyon. 15. juin.
122. Jean, Les causes de discorde dans les asiles d'aliénés. L'Informateur des aliénistes. No. 7—8. p. 266.
123. Derselbe, Dix ans de la vie d'un médecin d'asile. ibidem. No. 12. p. 392.
124. Jödicke, P., Die Zahnpflege in den Kückenmühler Anstalten in Stettin. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 4. p. 44.
125. Jones, E. K., State Control of State Hospital Libraries. The Amer. Journ. of Insanity. 68. 709.
126. Jugendfürsorge, Literaturbericht über — von Klumker, Jahrbuch f. Fürsorge. 6. Jahrg. p. 188.
127. Juliusburger, Otto, Ein Gesetz über die Irrenfürsorge. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 33. p. 1556.
128. Jurmann, N. A., Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum. Russkij Wratsch. 1911. No. 46—47.
129. Kalmus, Ernst, Zur Irrenfürsorge in Österreich mit spezieller Berücksichtigung der Verhältnisse in Böhmen. Der Amtsarzt. No. 1/2. p. 17.
130. Kellner, Hermann, Die Hamburger Idioten- und Epileptiker-Anstalt in Alsterdorf in Wort und Bild. Hamburg. Komm.-Verlag der Agentur des Rauhen Hauses.
131. Kerris, Der Umgang mit Verwirrten. Psych.-Neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 51—52. p. 516. 521.
132. Kleefisch, Zeitgemässe Aufgaben in der ärztlichen Schwachsinnigenfürsorge. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 176. (Sitzungsbericht.)
133. Derselbe, Vereinigung der Aerzte in den Privatanstalten der Rheinprovinz. ibidem. 1913. Bd. 70. p. 180. (Sitzungsbericht.)
134. Klopp, Henry J., The Psychopathic Division. Westborough State Hospital. Westborough State Hospital. Papers. Ser. 1. p. 11.
135. Kluge, Wieweit ist bisher die praktische Mitarbeit des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung gediehen? Neurol. Centralbl. p. 1457. (Sitzungsbericht.)
136. Derselbe, Die Behandlung der schwererziehbaren Fürsorgezöglinge, vom psychiatrischen Gesichtspunkt. Allg. Fürsorge-Erziehungstag. 29. Juni 1910 zu Rostock. Strausberg i. Mark. C. Müller.
137. Derselbe, Ueber die Ermittlung der defekten und abnormen Fürsorgezöglinge und die zur Unterbringung und Behandlung derselben bestimmten Einrichtungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 305. (Sitzungsbericht.)
138. Kötscher, L. M., Unsere Irrenhäuser. Berlin. P. Langenscheidt.
139. Krauss, Reinhold, Der Herrenbau der Privatanstalt Kennenberg bei Esslingen a. N. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 7. p. 71.
140. Derselbe, Die Erweiterungsbauten der Privatheilanstalt Kennenberg bei Esslingen. Stuttgart. Carl Grüninger.
141. Kress, Wann soll die psychiatrisch-neurologische Behandlung einsetzen? Moderne Medizin. No. 11. p. 227.
142. Kreuser, Aufgaben der Irrenfürsorge in Württemberg. Mediz. Corresp.-Blatt des Württemb. ärztl. Landesvereins. Bd. LXXXII. No. 37. p. 593.
143. Krimmel, Die Lungenheilstätte der Kgl. Heilanstalt Zwiefalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 4. p. 426.
144. Krueger, Hermann, Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 3. p. 326.
145. Kundt, Antrag betr. Trinkerheilstätten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 150. (Sitzungsbericht.)
146. Kürbitz, W., Erfahrungen mit Aponal bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschrift. 14. Jahrg. No. 24. p. 273.
147. Kure, S., und Miyake, K., Die Erfahrungen mit Ehrlich-Hata-Behandlung bei Dementia paralytica. Neurologia. 1911. Bd. III. p. 1.
148. Laehr, Hans, Die Anstalten für Psychischkranke in Deutschland, Oesterreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern. 7. Auflage. Berlin. Georg Reimer.
149. Langer, Paul, Spiele im Freien. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 39. p. 461.
150. Lauckner, Wilhelm, Die Fürsorgeerziehung nach deutschem Reichs- und sächsischem Landrecht. Inaug.-Dissert. Leipzig.
151. Lehm, Kurt, Wie ich den ersten Schreib-Lese-Unterricht in meiner Hilfsklasse erteile. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandl. d. jugendl. Schwachs. Bd. VI. H. 1—2. p. 82.



152. Leroy, Alphonse, De l'emploi de la codéine et thérapeutique mentale en particulier dans les états mélancoliques. Journal de Neurologie. No. 10. p. 181.
153. Libert, Lucien, Les aliénés en Orient. (Grèce, Empire ottoman, Egypte.) L'Informateur des Aliénistes. No. 12. p. 411.
154. Liebe, G., Der Alcohol in Krankenhäusern, Irrenanstalten und Lungenheilstätten. Arch. f. soziale Hygiene. 7. 281.
155. Liemann, Die Irrenpflege am Lande vom Standpunkte des Amtsarztes. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 42—43. p. 419. 430. u. Der Amtsarzt. No. 3. p. 66.
156. Lourié, A., Stoffwechselversuche und Therapie bei der mongoloiden Idiotie. Vorläufige Mitteilung. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 5. p. 94.
157. Lückerath, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Pharus. Kath. pädag. Monatsschr. Heft 7.
158. Luisenstift zu Braunschweig, 4. Jahresbericht über die Heil- und Pflegeanstalt für unterrichtsfähige epileptische Schulkinder. Schuljahr 1911/12. Braunschweig. Waisenhaus-Druckerei.
159. Luther, A., Bemerkungen zur Verhütung und Behandlung von Furunkulosen und Dermatitiden bei Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 25. p. 285.
160. Mack, Paul, Über den Nutzen des Salvarsans für die Bekämpfung der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissert. Leipzig.
161. Mac Pherson, Les différentes sortes d'Assistance psychiatrique. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. III. No. 1—2. p. 4. 82.
162. Magnan, V., De l'alitement ou clinothérapie dans le service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris et du département de la Seine. (Asile clinique Sainte-Anne). Ann. méd.-psychol. 10. S. T. II. p. 169.
163. Derselbe, De l'alitement dans le service central de l'Admission de l'Asile Sainte-Anne. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 8. p. 310.
164. Derselbe, De l'alitement (Clinothérapie) dans le service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris et du département de la Seine (asile clinique Saint-Anne). Bull. Acad. de Méd. de Paris. T. LXVIII. No. 30. p. 98.
165. Mahr, Paul, Ein Beitrag zur Behandlung der progressiven Paralyse. Inaug.-Dissert. Jena.
166. Maillard et Le Maux, Troubles psychiques. Syndrome d'hypertension intracranienne. Craniectomie décompressive. Revue neurol. 1. S. p. 478. **(Sitzungsbericht.)**
167. Mandl, Die Frage der psychiatrischen Spitalsabteilungen. Neurolog. Centralbl. p. 1279. **(Sitzungsbericht.)**
168. Mannheimer-Gommès, L'assistance psychiatrique à domicile. Revue neurol. No. 11. p. 779. **(Sitzungsbericht.)**
169. Marie, A., La situation des médecins-adjoints dans les asiles d'aliénés depuis la circulaire de 1905. Arch. internat. de Neurol. 10. S. Vol. I. Mars. p. 171.
170. Derselbe, Le corps médical des asiles d'aliénés. ibidem. 10. S. Vol. I. No. 6. p. 370.
171. Derselbe, De l'autonomie médicale dans les asiles d'aliénés. ibidem. 10. S. T. II. p. 110.
172. Marro, Vertenza coll' Amministrazione dei Manicomi di Torino. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 200. **(Sitzungsbericht.)**
173. Mathes, Ovale Schlundsonden. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 10. p. 104.
174. Maul, H. G., Need of a Clinical and Pathological Department at Insane Institutions. Denver Med. Times and Utah Med. Journ. July.
175. Maupaté, L., Quelques considérations an sujet des transfèrements d'aliénés. L'Informateur des Aliénistes. No. 11. p. 368.
176. Derselbe et Briche, E., Le recours des aliénés devant les tribunaux. ibidem. No. 1. p. 14.
177. Mazurkiewicz, Die Geisteskrankenfürsorge in Galizien. Neurol. Centralbl. 1913. p. 479. **(Sitzungsbericht.)**
178. Mc Kinniss, A Report of Twelve Cases of Mental Disease Treated with Salvarsan with Special Reference to Blood-Pressure During Infection. Medical Record. Vol. 82. No. 3. p. 100.
179. Meeus, Le patronage des aliénés. Bull. Soc. de méd. ment. de Belgique. 313.
180. Meltzer, Zur Weihe der Königlichen Landesanstalt Grosshennersdorf am 5. November 1911. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 5. p. 99.
181. Derselbe, Königliche Landesanstalt für bildungsfähige Kinder zu Gross-Hennersdorf i. Sa. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 3. p. 362.
182. Meng, Heinrich, Resultate der Abstinenzbehandlung in der Irrenanstalt. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie. Originale. Bd. 11. H. 3/4. p. 308.
183. Meyer, E., Die Behandlung der Paralyse. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 50. H. 1. p. 100.



184. Derselbe, Zur Frage des künstlichen Abortes bei psychischen Störungen. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 51. p. 2801.
185. Meyer, Ludwig, Salvarsan und Paralyse. Dtsch. mediz. Wochenschr. No. 20. p. 952.
186. Mignot, Roger, et Marchand, L., Préface des Docteurs Sérieux et Toulouse. Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés, à l'usage des candidats aux diplômes d'infirmiers des asiles. Paris. O. Doin.
187. Mochi, Alberto, Sul trattamento dei fanciulli deficienti nei manicomi. Giorn. di Psichiatr. clin. Vol. XXXIX. fasc. 3—4. 1911.
188. Möller, Mitteilungen aus dem Hilfsschulwesen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 306. **(Sitzungsbericht.)**
189. Mongeri, Proposte di provvedimenti per i Medici e per gli Infermieri di Manicomi privati. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 195. **(Sitzungsbericht.)**
190. Mönkemöller, Befreiung von Kranken aus Irrenanstalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 2. p. 153.
191. Morixe, F. F., Del tratamiento mercurial en la paralisis general progressiva. Semana medica. March 14.
192. Morselli, A. junior, Sulla cura ginecologica dell' isterismo e delle psicosi. Quaderni di Psichiatria. 1. 12.
193. Mosher, J. M., Treatment of Mental Disease in Early Stage. Australasian Med. Gazette. Febr.
194. Müller, Wohin mit den psychopathischen Fürsorgezöglingen zur Beobachtung und Behandlung? Zeitschr. f. d. Behandl. Schwachsinniger. No. 6. p. 109.
195. Munoz, J. Joaquim, Asile d'Aliénés de l'île de Cuba. Arch. de Méd. ment. Vol. I. No. 10—12.
196. Nelken, Die Anwendung der Psychoanalyse in der Psychiatrie. Neurol. Centralbl. 1913. p. 477. **(Sitzungsbericht.)**
197. Neu, Beitrag zur Behandlung von Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 19. p. 207.
198. Neuendorf, Zur Behandlung aufgeregter Geisteskranker. Neurol. Centralbl. p. 1455. **(Sitzungsbericht.)**
199. Nickel, Karl, Das Fachzeichnen für Jünglinge an der Fortbildungsschule für Schwachbegabte zu Berlin. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 3. p. 57.
200. Niessl-Mayendorf, v., Spezielle Therapie der Geisteskrankheiten. II. Teil. Fortschr. d. Medizin. No. 24—26. p. 737. 784. 806.
201. Orméa, d', Débat à la Société phréniatrique italienne sur l'hospitalisation dans les asiles des criminels dits aliénés. Journal de psych. clinique.
202. Ortenau, Gustav, 7 Fälle von psychischer Erkrankung nach gynäkologischer Behandlung geheilt. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 44. p. 2388.
203. Paoli, Nino de, e Tamburini, Arrigo, Il „Pantopòn Roche" nelle malattie mentali. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. fasc. 2—3. p. 512.
204. Parant, Victor père, Du droit de visite des parents ou amis aux aliénés internés (un arrêt de la cour de cassation). Ann. méd.-psychol. 10. S. T. I. p. 188.
205. Peeters, Etat actuel de l'assistance familiale des aliénés. L'Assistance. Janv./Févr. p. 1. 21. 41. 81. 101. 121.
206. Perazzolo, S., Il Pantopon nelle malattie mentali. Note e riv. di Psichiatria. 5. 551.
207. Pfunder, A., Zur Anwendung des Salvarsans in der Psychiatrie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 1. p. 89.
208. Piazza, Angelo, A proposito dell' isolamento (seguendo alcuni concetti del Baller). Nota di tecnica manicomiale. 1910. Ferrara. Tipografia Ferrariola.
209. Derselbe, Il „Pantopon" in Psichiatria. Note e Riv. di Psichiatria. Vol. V. No. 1. p. 67.
210. Picqué, Lucien, Psychopathologie et chirurgie; Doctrines et faits. Paris. Masson & Cie.
211. Derselbe, Prostatite chronique et délire mélancolique. Guérison à la suite d'une prostatectomie. Revue neurol. 1. S. p. 476. **(Sitzungsbericht.)**
212. Pilcz, Alexander, Zur Tuberkulinbehandlung der progressiven Paralyse. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 5. p. 63.
213. Derselbe, Weiterer Bericht über die Tuberkulinbehandlung der progressiven Paralyse. Wiener mediz. Wochenschr. No. 30—31. p. 2009. 2083.
214. Piltz, Die Universitätsklinik für Geistes- und Nervenkranke in Krakau. Neurol. Centralbl. 1913. p. 479. **(Sitzungsbericht.)**
215. Pohlmann, Fürsorgeerziehung und Psychiatrie in der Provinz Westfalen. ibidem. p. 1535. **(Sitzungsbericht.)**
216. Porada, Warum erreichen die Erziehungsanstalten für Schwachsinnige nicht immer ihren Zweck? Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 7. p. 131.
217. Punton, J., Segregation and Treatment of Feeble-Minded. Illinois Med. Journal. Sept.
218. Quensel, F., Wissenschaftliche Grundlagen der Hilfsschularbeit. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 3. p. 45.



219. Rachiwillowicz, Entwurf eines neuen Krankenhauses und einer Kolonie für Geisteskranke in der Gegend von Warschau. Neurol. Centralbl. 1913. p. 479. **(Sitzungsbericht.)**
220. Raecke, Aus amerikanischen Fürsorgeerziehungsanstalten. Zeitschr. f. Kinderforsch. 17. 462.
221. Raviard, G., L'assistance des aliénés dans le département du Nord. Ce qu'elle est. Ce qu'elle devrait être. L'hôpital clinique d'Esquermes. Echo méd. du Nord. No. 14. p. 157—175.
222. Vierter Rechenschafts-Bericht über die Berlin-Brandenburgische Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt. Okt. 1910 bis Sept. 1912.
223. Redepenning, Über die neu eröffnete Provinzial-Heil- und Erziehungsanstalt für schulentlassene männliche psychopathische Fürsorgezöglinge. Neurol. Centralbl. p. 1007. **(Sitzungsbericht.)**
224. Régis, L'assistance des aliénés aux colonies. Arch. de Neurol. 10. S. Vol. I. p. 372. **(Sitzungsbericht.)**
225. Derselbe et Reboul, L'assistance des aliénés au colonies. Revue neurol. No. 11. p. 767. **(Sitzungsbericht.)**
226. Reichsgerichtsentscheidung bezüglich Schadenersatzpflicht bei Unfall einer Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 46. p. 463.
227. Rein, Oskar, Das neue Laboratorium der Brandenburgischen Landes-Irren-Anstalt zu Landsberg a. W. (Direktor Dr. Riebeth). ibidem. XIV. Jahrg. No. 34. p. 393.
228. Reiss, Paul, Über Luminal und dessen Anwendung bei Geisteskranken. ibidem. XIV. Jahrg. No. 5. p. 49.
229. Révész, Béla, Psychiatrische Fürsorge auf dem Kriegsschauplatze. Wiener klin. Wochenschr. No. 50. p. 1965.
230. Rieger, C., Vierter Bericht (vom Jahre 1911) aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Würzburg. C. Kabitzsch.
231. Ring, R. T., Psychopathic Nursing. Boston Med. and Surg. Journ. March.
232. Ringling, Adolf, Georg Chr. Schwarz †. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 37.
233. Ritter, Walther, Wie ich den kleinsten Schwachsinnigen eine Geschichte erzähle. Zeitschr. f. die Beh. Schwachsinniger. No. 6. p. 113.
234. Rodiet, A., Un cas de folie à deux traité par l'assistance hétéro-familiale. Journal de Méd. de Paris. No. 48. p. 915.
235. Rosenbach, P., Ueber die Internierung Geisteskranker gegen ihren Willen. (Zur Ermordung des Irrenanstaltsdirektor Dr. Schönfeld.) St. Petersb. Mediz. Zeitschr. No. 16. p. 239.
236. Rows, R. G., A Report on the Conditions of the Lunacy Service and of the Teaching of Psychiatric Medicine in Germany. The Journal of Mental Science. Oct. p. 610.
237. Salmon, Thomas W., The Scientific Treatment of the Insane. A National Problem. New York Med. Journal. Vol. XCVI. No. 18. p. 887.
238. Schellmann, Über Trinkerfürsorgestellen. (Zu dem Aufsatz von Dr. R. Hirschfeld, diese Zeitschr. 8. 659.) und Schlusswort von R. Hirschfeld. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 9. H. 4. p. 564. 569.
239. Schlöss, Heinrich, Die Irrenpflege in Oesterreich in Wort und Bild. Halle. C. Marhold.
240. Schnitzer, Hubert, Bericht an den Herrn Landeshauptmann der Provinz Pommern über das Ergebnis der psychiatrisch-neurologischen Untersuchung und Behandlung der Fürsorgezöglinge in den Erziehungsanstalten Züllchow, Warsow und Magdalenenstift bei Stettin. Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych. Originale. Bd. 12. H. 1—3. p. 135.
241. Schob, Die Mitwirkung des Arztes bei Einleitung der Fürsorge-Erziehung nach dem sächsischen Gesetz über die Fürsorge-Erziehung. Zentralbl. f. Vormundschaftswesen. 3. 244.
242. Scholz, Ludwig, Leitfaden für Irrenpfleger. 9. vermehrte und verbesserte Auflage. Halle. C. Marhold.
243. Schott, Beitrag zur Frage der Fähigkeit, seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 69. H. 6. p. 860.
244. Derselbe, Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in Württemberg. ibidem. Bd. 68. H. 4. p. 473.
245. Derselbe, Die Bedeutung der Anstalt Zwiefalten für das Irrenwesen Württembergs. ibidem. Bd. 69. H. 4. p. 419.
246. Schroeder, Kurt, Die Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Aerzte an den deutschen Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 48—49. p. 481. 489.
247. Schubart, 7 Fälle von psychischer Erkrankung nach gynaekologischer Behandlung geheilt. Erwiderung auf den Aufsatz von Ortenau in No. 44 dieser Wochenschrift. Münch. Mediz. Wochenschr. No. 48. p. 2621.



248. Schultze, B. S., Über die Notwendigkeit gynäkologischer Diagnose und operativer Therapie in den Irrenhäusern. Gynaekolog. Rundschau. H. 1.
249. Schulze, Hans, Geschichte der Landesirrenanstalt Sorau N.-L. Strausberg. Brandenburgische Provinzialdruckerei.
250. Schuurmans Stekhoven, J. H., Vorloopig algemeen overzicht over 1911. (Met gegevens over de beteekenis van den burgerlijken staat op het terrein van het krankzinnigenwezen. Psychiatr. en neurol. Bladen. No. 4. p. 498.
251. Schwarz, G. Chr. †, Professor Dubois und die „Arbeitstherapie". Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 39—40. p. 457. 471.
252. Schweighofer, Josef, Aufnahme und Entlassung. ibidem. XIII. Jahrg. No. 43—45. p. 432. 437. 452.
253. Seppilli, Guicciardi, Tambroni, Relazione della Commissione nominata dal XIV Congresso Freniatrico ed incaricata di riferire sul Manicomio di Perugia. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 269. **(Sitzungsbericht.)**
254. Sérieux, Paul, et Libert, Lucien, Un asile de sureté sous l'ancien régime. Annales et Bull. de la Soc. de Méd. de Gand. 1911. juin.
255. Shanahan, William T., History of the Establishment and Development of the Craig Colony for Epileptics Located at Sonyea. N. Y. Epilepsia. Vol. 3. No. 2. p. 153.
256. Siebert, Heilbestrebungen in der modernen Psychiatrie. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. p. 116. **(Sitzungsbericht.)**
257. Simchowicz-Mendelsburg, Tola, Die Salvarsanbehandlung metasyphilitischer Erkrankungen des Zentralnervensystems (Dementia paralytica und Tabes dorsalis). Inaug.-Dissert. Berlin.
258. Smith, W. Maule, On the Use of Brain Extract in the Treatment of Various Forms of Insanity. Brit. Med. Journal. II. p. 1451. **(Sitzungsbericht.)**
259. Snell, O., Die Ausbildung des weiblichen Oberwartpersonals. Neurol. Centralbl. p. 1005. **(Sitzungsbericht.)**
260. Southard, E. E., New Psychopathic Department of Boston State Hospital. Boston Med. and Surg. Journ. June 13.
261. Spielmeyer, Walther, Die Behandlung der progressiven Paralyse. Arch. f. Psychiatrie. Bd. 50. H. 1. p. 76.
262. Starlinger, Jos., Betriebskosten und Anstaltsgrösse. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 33. p. 381.
263. Stritter und Meltzer, Deutsche Anstalten für schwachsinnige, epileptische und psychopathische Jugendliche. Halle. C. Marhold.
264. Strobl, W., Epileptiker und Irrenanstalten. Elmeorvosi Ertekezlet Munkálatai. 6. 134.
265. Stupin, S., Zwölf Jahre Tätigkeit der Dorfpatronage der Stadt Moskau. Psych. d. Gegenwart. (russ.) 6. 361 (563).
266. Suchanow, S., Über Anwendung des Salvarsans bei Geisteskrankheiten. Jahresb. d. Irrenanst. Aller Leidtragenden in St. Petersburg pro 1909/10.
267. Suck, Hans, Die Schulbank in der Hilfsschule. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 5. p. 106.
268. Tamburini, Condizioni morali ed economiche dei Medici ed Infermieri. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 191. **(Sitzungsbericht.)**
269. Derselbe, Su alcuni recenti metodi di cura della paralisi progressiva. ibidem. Vol. 38. p. 267. **(Sitzungsbericht.)**
270. Derselbe, Ferrari, G. C., et Modena, G., L'assistance des aliénés de nos jours et dans les divers pays. L'Assistance. Sept. Oct. Dez. p. 181. 201. 221.
271. Tomaschny, Erfahrungen über Entlassung von Kranken „gegen Revers". Psychiatr.-neurol. Wochenschr. XIII. Jahrg. No. 53. p. 536.
272. Toporkow und Protassow, Salvarsanbehandlung bei progressiver Paralyse. Sibirische Aerzteztg.
273. Topp, Rudolf, China-Lecin und Lecin bei Nerven- und Geisteskranken. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 11. p. 120.
274. Derselbe, Sanatogen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. ibidem. 14. Jahrg. No. 23. p. 261.
275. Treiber, Erfahrungen mit Luminal bei Geisteskranken. ibidem. 14. Jahrg. No. 22. p. 247.
276. Trénel, Au sujet des certificats de situation. Ann. médico-psychol. X. S. p. 461. **(Sitzungsbericht.)**
277. Treves, Delle applicazioni calde al rachide ed al capo nella cura di alcune malattie nervose e mentali. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 268. **(Sitzungsbericht.)**
278. Trinkerfürsorge, Bericht über die III. Konferenz für Trinkerfürsorge am 27. und 28. November 1911 zu Berlin: Wichtige Kapitel aus der Trinkerfürsorge. Mässigkeitsverlag. Berlin.



279. Trownbridge, E. H., Use of Restraint in State Institutions for Insane, with Some Suggestions for its Reduction. Journ. of Missouri State Med. Assoc. May.
280. Derselbe, Subcutaneous Injections of Salvarsan in General Paresis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. LVIII. No. 9. p. 609.
281. Truelle, V., Un cas d'amélioration considérable après quatorze ans de délire. Ann. méd.-psychol. S. X. T. I. p. 718. **(Sitzungsbericht.)**
282. Ugolotti, Sul trattamento economico dei Medici nei Manicomi pubblici Italiani. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. p. 196. **(Sitzungsbericht.)**
283. Uhlmann, Fr., Das Adalin in der psychiatrischen Anstaltspraxis. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 35. p. 406.
284. Unterberg, H., Training of Physicians for Service in Hospitals for Insane. Journ. of Missouri State Med. Assoc. Nov.
285. Vargas, Martinez, La enfermedad de Corrigan en un niño de siete años. Revista de Medicina y Cirurgia práct. p. 289.
286. Vidoni, G., e Tanfani, G., A proposito della vaccinazione negli ammalati di mente. Riv. sperim. di Freniatria. Vol. 38. No. 2—3. p. 493.
287. Vinchon, Jean, L'hôpital des fols incurables de Thomas Garzoni. Revue de Psychiatrie. 8. S. T. XVI. No. 11. p. 455.
288. Viollet, Marcel, La question de l'habitation de l'aliéné. Bull. gén. de Thérapeutique. No. 16. p. 607.
289. Vocke und Neithardt, Die oberbayerische Heil- und Pflegeanstalt Haar bei München. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 1. p. 1.
290. Waeber, Arthur, Zur Wirkung von Anhalonium Lewinii. Vorläufige Mitteilung. St. Petersb. Mediz. Wochenschr. No. 2. p. 17.
291. Wagner v. Jauregg, Über Behandlung der progressiven Paralyse mit Bakterientoxinen. Wiener klin. Wochenschr. No. 1. p. 61.
292. Derselbe, Nachtrag zu dem Aufsatze: Ueber Behandlung der progressiven Paralyse mit Bakterientoxinen. ibidem. No. 10. p. 386.
293. Wahl, Un asile d'aliénés au XVIII[e] siècle. Ann. médico-psychol. X. S. T. I. p. 686.
294. Weiler und Werthauer, Die Rechte der Anstaltsleiter gegenüber internierten Geisteskranken bei eingeleitetem Entmündigungsverfahren. Neurol. Centralbl. p. 533. **(Sitzungsbericht.)**
295. Werner, G., Über die Fortschritte des Irrenwesens. 4. Bericht. Nach den Anstaltsberichten erstattet. Halle. C. Marhold.
296. Werner, a) Bedburg, b) Belgische Anstalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 175. **(Sitzungsbericht.)**
297. Weygandt, Erweiterungen und Reorganisationen in der Hamburger Irrenpflege, ein Beitrag zu der Frage: Umbau oder Neubau. Neurol. Centralbl. p. 1056. **(Sitzungsbericht.)**
298. Derselbe, 1. Dresdener Ausstellung. 2. Projektiertes Haus für Jugendliche in Hamburg. 3. Neuerungen betreffend Idiotenfürsorge in Bayern. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1913. Bd. 70. p. 307. **(Sitzungsbericht.)**
299. White, W. A., and Barnes, F. M., A Plan for Indexing Cases in Hospitals for the Insane. The Amer. Journ. of Insanity. 69. 97.
300. Wickel, Was ist unter „Verständigung" im Sinne des § 1910 BGB. zu verstehen? Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 12. p. 134.
301. Williams, T. A., Care of Inebriates at Home. Lancet-Clinic. May 11.
302. Wittermann, Ernst, Pariser Reiseeindrücke. Psych.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. No. 37. p. 431.
303. Wood, R. W., Needs for Our Kentucky Asylums for Insane. Kentucky Med. Journal. Febr.
304. Ziegler, Selbsttun und Nachmachen. Zeitschr. f. die Behandl. Schwachsinniger. No. 3. p. 52.
305. Ziegler, K., Ist die elementare, objektiv beschreibende Aufsatzform in der Schwachsinnigenschule unter allen Umständen zu verwerfen? ibidem. No. 4—5. p. 79. 85.
306. Derselbe, Das Schwachsinnigenbildungs- und Fürsorgewesen der Rheinprovinz. Cöln.
307. Zwiefalten, Zur Feier des 100jährigen Bestehens der Kgl. Württemb. Heilanstalt Zwiefalten. Psych.-neurol. Wochenschr. XIV. Jahrg. No. 14. p. 149.

Rückblick.

Bereits im vorigen Jahr wurde der Abwehrbestrebungen der Psychiater gegen die vielen unberechtigten Angriffe gedacht. In diesem Jahr ist Beyer, Oberarzt am Sanatorium Herzogshöhe zu Bayreuth, mit einem großen Werke hervorgetreten, das sich, wenn auch als Bestrebungen zur Reform des



Irrenwesens betitelt, in der Hauptsache mit den Feinden der Irrenärzte beschäftigt. Es ist dies Buch unter den Referaten eingehender gewürdigt; es sollte aber hier, wo eine allgemeine Übersicht zu geben ist, nicht unerwähnt bleiben.

Was die eigentliche Therapie der Geisteskrankheiten betrifft, so ist von Interesse, daß die Heilung der progressiven Paralyse oder sagen wir lieber die Besserung dieser Krankheit, mit deren Diagnose man noch vor etlichen Jahren ein sicheres Todesurteil binnen kurzer Zeit für den davon Betroffenen zu fällen glaubte, durch verschiedene Medikamente angestrebt wird und nach den Berichten auch, nicht gerade selten, erzielt ist. Jedenfalls muß man wünschen, daß noch mehr Nachprüfungen stattfinden, um zu einem schlüssigen Resultat zu gelangen. Material ist leider genug vorhanden. Gerade für den Praktiker ist diese Frage aber äußerst wichtig, da er bisher allen Heilversuchen der Paralyse mit berechtigter Skepsis gegenübersteht, anderseits aber auf eine frühzeitige Behandlung in dem Initialstadium der Krankheit Bedacht nehmen müßte.

Irrenwesen im allgemeinen.

Beyer (23) hat sich ein großes Verdienst erworben, indem er alles Material, welches als schweres Geschütz gegen die „gemeingefährlichen" Psychiater von Laien und auch von einigen Ärzten in der Öffentlichkeit verbreitet worden ist, sammelte und zeigte, wie jedem, der sehen will, die Angriffe ungerechtfertigt erscheinen müssen. Wer sich erinnert, wieviel Staub vor Jahren der Fall de Jonge, der Fall Feldmann u. a. aufgewirbelt hat, und nun hier durch aktenmäßige Belege erfährt, um wie schwerkranke Leute es sich dabei gehandelt hat, wird erstaunt sein, daß überhaupt diese ganzen Affären möglich waren. Zu bewundern bleibt nur die Kühnheit der gegnerischen Angreifer; man fragt sich unwillkürlich, liegt den Angriffen nicht eine mala fides zugrunde. Man bewundert anderseits die Geduld und Ruhe der Psychiater, welche ihrer Pflicht getreu das ärztliche Berufsgeheimnis nicht preisgaben, um derartige Angriffe sofort aufs leichteste zurückzuweisen. Wenn Verf. es bei verschiedenen Fällen nach Jahren möglich ist, authentische Belege zu bringen für die schwere geistige Erkrankung der in Betracht kommenden Personen, und wenn er aus der bisherigen Reserve, die sonst bei den Irrenärzten üblich ist, herausgeht, so muß ihm die irrenärztliche Welt für sein Unternehmen Dank wissen. Mit Interesse liest man auch die parlamentarischen Verhandlungen, in welchen vor 20 Jahren der Abgeordnete Lenzmann mit seinen Angriffen gegen die Irrenärzte und gegen die Anstalten hervortrat. Die unberechtigte Freiheitsberaubung durch Aufnahme von gesunden Personen in Irrenanstalten spielt in den Reden einiger Abgeordneten eine Rolle, als ob die Anstaltsleiter ohne Ausnahme sich der schwersten Verbrechen schuldig machten. Man bewundert, mit welcher Zurückhaltung auf die schweren Angriffe von seiten der Regierung geantwortet wurde, obwohl doch dieser das Material hinreichend bekannt sein mußte.

Verf. hat sein Buch nicht nur für Ärzte, sondern auch für Laien bestimmt. Es wäre zu wünschen, daß es auch tatsächlich in die Hände der Laien gelangt. Wenn auch Verf. in seiner Vorrede äußert, er wolle Männer wie Schröder usw. nicht widerlegen, gelungen ist ihm dies sicherlich, wenn Laien mit Verständnis an diese Dinge herangehen. Hoffen wir, daß die von emsigem Fleiß zeugende Arbeit des Verf. den mit ihr beabsichtigten Zweck erreicht.

Juliusburger (127) bringt dem badischen Irrengesetze seine vollste Sympathie entgegen. Es ist als Grundlage eines einheitlichen Irrengesetzes für das ganze Reich zu befürworten. Die mit dem Gesetze gemachten Er-



fahrungen sind bisher sehr günstige gewesen. Einige Ausstellungen hat Verf. am Gesetze zu machen; so z. B. billigt er nicht, daß die Unterbringung von Amts wegen nur in einer öffentlichen Anstalt stattfindet. Die Möglichkeit für derartige Kranke, sich in eine private Anstalt aufnehmen zu lassen, muß gegeben sein. Als Unrecht ist auch zu empfinden, daß nicht das Zeugnis eines jeden Arztes, welcher eine Privatirrenanstalt leitet, anerkannt werden soll, sondern nur wenn er vom Ministerium dazu ermächtigt ist. Ein Arzt, welcher die Erlaubnis hat, eine Irrenanstalt zu leiten, muß auch berechtigt sein, Gutachten auszustellen, oder er ist auch nicht befähigt, an einer Irrenanstalt zu wirken. Mit Recht sagt Verf., in dieser Frage gibt es nur ein Entweder — Oder.

Alzheimer (7) erörtert die von Sommer angeregte Forderung auf Einrichtung einer psychiatrischen Abteilung im Reichsgesundheitsamt; es soll diese eine Abteilung für Statistik und Anstaltswesen, eine klinische Abteilung, eine Abteilung für forensische Psychiatrie und eine Abteilung für Vererbungslehre und psychische Hygiene enthalten. Als ungeeignet sieht Verf. die Einrichtung einer klinischen und forensischen Abteilung an. Dagegen gehört zum Rahmen der Aufgabe des Reichsgesundheitsamts eine Verhütung der Volkskrankheiten und eine Erforschung ihrer Ursachen. Bei der enormen sozialen Bedeutung geistiger Krankheiten scheint es aber sicher angebracht, daß sich das Reichsgesundheitsamt mit ihnen beschäftigt. Es gehört hierher auch die Erforschung der Ursachen; ganz besonders kommt dabei die Frage der Vererbung in Betracht. In bezug auf die Entartungsfrage sind von hygienischer Seite bereits Sammelforschungen angeregt, Bestrebungen, die unter dem Namen der Rassenhygiene oder Eugenik zusammengefaßt sind. England und Amerika besitzen schon jetzt Institute für Eugenik. Für die Verhütung psychischer Erkrankungen und Degeneration können durch die Arbeit des Instituts zweifellos vielfache Erkenntnisse gebracht werden, die sich ebenbürtig dem vielen Nützlichen anreihen werden, welches das Reichsgesundheitsamt in der Bekämpfung körperlicher Erkrankungen bis heute schon geleistet hat.

Sérieux und **Libert** (254) haben sich ein Verdienst erworben, indem sie die Geschichte der Bastille studiert haben und den eigentlichen Zweck dieses viel gehaßten und verleumdeten Gebäudes erkannt haben. In der Hauptsache diente es zur Aufnahme von Verbrechern und Geisteskranken. Ganz besonders kam es für solche Personen in Betracht, welche wir jetzt im allgemeinen als antisozial betrachten, die sich einerseits nicht zur Unterbringung in Irrenanstalten eignen, anderseits auch nicht in Gefängnisse gehören. Es kommt demnach als ein Institut in Betracht, dessen Einrichtung jetzt wieder in vielen Ländern erstrebt wird. Auch die Verff. stellen die Forderung auf Einrichtung einer derartigen Anstalt, zugleich auf Einrichtung von Spezialanstalten für irre Verbrecher und auch für verbrecherische Irre.

Werner (295) hat mit dem vorliegenden Bericht die Deitersschen Berichte fortgesetzt. Er ist im allgemeinen nicht über die Jahresberichte von 1908 zurückgegangen. 155 Berichte haben dem Verf. vorgelegen, die nach verschiedenen Gesichtspunkten hin beleuchtet werden und nach folgenden Thematen behandelt werden. Historisches, Statistik, Neu- und Umbauten, technische Einrichtungen, Gesundheitszustand, Behandlung und Pflege der Kranken, koloniale und Familienpflege, Alkohol, Personal a) Ärzte, b) Pflegepersonal, Klinisches, Forensisches, Fürsorgezöglinge.

Wickel (300) teilt mit, daß er in Obernwalde auf Anfrage von richterlicher Seite den Bescheid bekommen hat, daß eine rechtlich geltende Verständigung nur mit einem Geschäftsfähigen möglich ist. Der Begriff der



Geschäftsfähigkeit ergibt sich aus § 104 BGB. In einschlägigen Fällen wurde daher geantwortet: „Der X. ist geisteskrank im Sinne des § 104, 2 BGB. Eine Verständigung ist daher nicht mit ihm möglich."

Ehrenwall (68) stellt die verschiedenen Äußerungen bekannter Psychiater, ein juristisches Gutachten sowie gerichtliche Entscheidungen zusammen, die die Frage betreffen, ob und wie weit der Irrenanstaltsarzt das Recht hat, die Korrespondenz der Kranken zu überwachen. Es fehlt zurzeit an einer absolut sicheren gesetzlichen Grundlage, die den Arzt schützt; fast stets wird auf eine Anzeige hin gegen den Arzt wegen Verletzung des Briefgeheimnisses das Ermittlungsverfahren eröffnet. Die Gerichts- und Verwaltungsbeschlüsse stellen sich im allgemeinen auf den ärztlichen Standpunkt. Um aber Unannehmlichkeiten zu vermeiden, rät Verf., die Erlaubnis zum Öffnen von Briefen in jedem einzelnen Falle ausdrücklich und schriftlich von dem Vater oder Vormund oder sonstigen nächsten Verwandten einzuholen.

Liemann (155) weist auf einige Reformen hin, die bezüglich der Irrenfürsorge auf dem Lande anzustreben sind. Er verlangt Erleichterung der Aufnahme in dringenden Fällen, indem der Anstaltsleitung die Aufnahme von unabweisbaren Kranken auch ohne ein amtsärztliches Parere überlassen wird und mit Rücksicht darauf, daß die Psychiatrie für die Ärzte ein Prüfungsgegenstand geworden ist, die Heranziehung der Gemeindeärzte zur Mitwirkung bei der Einweisung von Geisteskranken, damit die Sicherung des Kranken gegen sich und die Außenwelt um so rascher durchgeführt werden kann. Zu erstreben sei ferner die Errichtung von Beobachtungsstationen auch bei den Irrenanstalten auf dem Lande, da die Überbringung auf die psychiatrische Klinik mit Schwierigkeiten verbunden ist. Ein Einweisungsdienst in die Anstalten sei zu organisieren, indem geschultes Personal zur Abholung besonders gefährlicher Geisteskranker bereitgestellt wird. Zu regeln sei die Entlassung gegen Revers und die Beaufsichtigung der gegen Revers Entlassenen. Für nicht asylierte Geisteskranke sei eine organisierte Irrenfürsorge einzuführen. Für Alkoholiker seien eigene Anstalten, in welche die Kranken durch behördlichen Beschluß hineingewiesen werden, zu errichten. Bezüglich des Ausdruckes „gemeingefährlich" seien die Aufnahmebedingungen zu ändern.

Maupaté und **Briche** (176) berichten über einige unzweckmäßige gesetzliche Einrichtungen in Frankreich, die bei ungerechtfertigten Anträgen von seiten der Geisteskranken oder deren Angehörigen unnötiges Erscheinen der Kranken vor Gericht und nicht unerhebliche Kosten bedingen.

Kreuser (142) legt dar, daß es in den württembergischen Anstalten an Platz mangelt. Es fehlt nach seiner Berechnung an 1169 Krankenplätzen. Es ist deshalb die Errichtung einer 6. Königlichen Heilanstalt zu erstreben.

Tomaschny (271) berichtet, daß von 30 gegen Revers entlassenen Männern 9 wieder zur Anstaltsaufnahme gelangten. Bei 66 Frauen geschah dies in 22 Fällen. Es waren also die Befürchtungen und Bedenken, die gegen die Entlassung der Kranken gehegt wurden, in den bei weitem meisten Fällen unnötig. Es geht mit vielen Kranken außerhalb der Anstalt besser, als vorher zu erwarten war.

Schweighofer (252) will die Aufnahme- und Entlassungsbestimmungen den Verhältnissen ihrer Aufnahmebezirke angepaßt haben, und darum soll ihre Festsetzung den autonomen Landesbehörden überlassen bleiben. Die Irrenanstalten sollen direkt, nicht auf dem Umweg über Beobachtungsstationen aufnehmen. Der Austritt der Kranken soll möglichst erleichtert werden und durch Hilfsorganisationen vorbereitet werden. Eine gemeinsame Fürsorgeorganisation solle das Recht haben, die Entlassung zu verlangen. *(Loewy.)*



Auerbach (11) bringt großzügige Pläne der Arbeit, die eine psychiatrisch-neurologische Abteilung im Reichsgesundheitsamt leisten könnte und sollte. *(Loewy.)*

Eine **Reichsgerichtsentscheidung** (226) stellt fest, daß ein Krankenhaus auch dann für die Sicherheit von eingelieferten Irren haftet, wenn es nur vorübergehend Geisteskranke aufnimmt. Eine gegenteilige Erklärung dem behandelnden Arzte gegenüber befreit es nicht von dieser Verpflichtung, da der Arzt nicht Vertreter des Kranken ist. Bei einem Unfall eines Ehegatten sind beide Ehegatten gemeinsam berechtigt, Klage zu erheben, wenn sie unter Herrschaft des ehelichen Güterrechts stehen. *(Loewy.)*

Kalmus (129) weist auf die Mängel der Irrenfürsorge in Böhmen hin. Platz ist vorhanden für 6300; nach der Statistik wäre für 13 550 Platz erforderlich. Bedauerlich ist auch der Mangel einer Beobachtungsstation in Prag. Verf. begrüßt die Bestimmungen im neuen Österreichischen Strafgesetzentwurf, nach welchem vom Gericht die Verwahrung eines geisteskranken Verbrechers im Urteil ausgesprochen werden kann. Für diese Personen hat der Staat Anstalten zu errichten und sie unter psychiatrische Leitung zu stellen.

Wittermann (302) berichtet einige interessante Beobachtungen aus dem Pariser Anstaltsleben. Neben manchen ungenügenden Einrichtungen hat er Anstalten gesehen, die er als vollkommen bezeichnet. Zu diesen rechnet er die Abteilung für gefährliche Geisteskranke an der Anstalt Villejuif unter Leitung des Chefarztes Dr. Colin. Der Dienst ist auf genauester Überwachung und Beschäftigungstherapie basiert. Hierher rechnet er auch eine Privatanstalt, die unter Leitung der Ärzte Dr. Antheaume und Bour steht. Hier sind alle modernen klinischen Hilfsmittel und Einrichtungen vereint. Allerdings ist der Pensionspreis von 25 Fr. ein hoher, so daß nur ein ausgewähltes Publikum für die Anstalt in Betracht kommt. Für das wissenschaftliche Leben der Pariser Psychiater kommen drei Gesellschaften, die Société médico-psychologique, die Société Clinique de médécine mentale und die Société de psychiatrie de Paris, in Betracht. Die letztgenannte Gesellschaft ist die fortschrittlichste; ihr gehören die Pariser Anhänger Kräpelins an, dessen Lehren in der erstgenannten Gesellschaft bekämpft werden.

Schott (243) teilt einen Fall mit, in welchem es darauf ankam, ob eine Person — es handelte sich um einen schwachsinnigen Menschen, welcher acht Jahre, vom 9. bis zum 17. Lebensjahr, in der Anstalt Stetten untergebracht war — die Fähigkeit hatte, seinen Aufenthaltsort selbst zu bestimmen. Die Fähigkeit der freien Selbstbestimmung des Aufenthaltsorts wird im Gesetz als ein besonderes geistiges Vermögen angesehen. Da nun dieser schwachsinnige Mensch mit kurzen Unterbrechungen als Bautaglöhner den Lohn von 4—4,20 ℳ erreicht hatte, also imstande gewesen war, sich selbst zu ernähren und für sein Fortkommen zu sorgen, mußte die Frage bejaht werden, obwohl vom Verf. die Anstaltsbedürftigkeit anerkannt wurde.

Maupaté (175) weist auf die Mißhelligkeiten hin, welche nicht selten beim Transport von Geisteskranken auftreten. In der Regel soll man zwei Transporteure nehmen und möglichst solche, welche bereits die Kranken kennen. Die gelegentliche vorübergehende Anwendung von Zwangsmitteln ist beim Transport entschuldbar.

Therapie.

Pilcz (212) berichtet über die schon seit vielen Jahren von v. Wagner vorgenommenen therapeutischen Beeinflussungen des paralytischen Prozesses durch Erzeugung künstlichen Fiebers. Gegenwärtig gelangt das Alt-Tuberkulin



zur Verwendung. Es wird in zweitägigen Intervallen eingespritzt. Mit etwa 15 fieberhaften Reaktionen kann man sich begnügen. Der Erfolg war, daß häufigere Remissionen vorhanden und die Lebensdauer der so behandelten Kranken eine längere war. Eine Zusammenstellung von 86 Fällen ließ erkennen, daß in 10,4% die Kranken für längere Zeit wieder gesellschaftsfähig waren, 23,6% praktisch als geheilt erschienen, so daß sie ihre völlige Berufsfähigkeit wieder erlangten und auch die bereits verhängte Kuratel wieder aufgehoben werden konnte. Das Verfahren ist in halb- bis ganzjährigen Intervallen zu wiederholen. Nie wurde ein Schaden durch die Behandlung beobachtet.

Pilcz (213) hat über das weitere Schicksal der mit Tuberkulin behandelten und aus der Behandlung entlassenen Paralytiker Erkundigungen eingezogen. Am meisten müssen die Fälle interessieren, welche die Berufsfähigkeit wiedererlangt hatten. Von 23 Fällen, die in diese Kategorie gehören, waren 10 Fälle dauernd, d. h. zwei Jahre nach dem letzten vom Verf. darüber verfaßten Bericht berufsfähig geblieben.

Hudovernig (114) macht vorläufige Mitteilung über therapeutische Versuche in seiner Abteilung bei der Paralyse. Versucht werden die zwei auf Hyperthermie und Hyperleukozytose beruhenden Behandlungsarten: Nukleinsaures Natron nach Donath und Tuberkulin nach Wagner v. Jauregg. Vortr. berichtet nun über Ergebnisse der Tuberkulinkur bei neun Paralytikern nach Vorschrift von Wagner und Pilcz: systematische Einreibungen mit Quecksilber, innerlich 1—2 g Jodkali pro die, überdies Injektionen von Tuberkulin. Anfangsdosis der letzteren 0,01 g ständig ansteigend, um den Kranken in einer Hyperthermie von 38—39 zu erhalten. Die Tuberkulindosis wurde bis zu 1,0 g erhöht; weder lokale noch allgemeine Reaktionen; Maximaltemperatur 39,5. Die Maximaltemperatur wurde stets zwischen 0,15 und 0,30 Tuberkulin erreicht. Eine Wiederholung derselben Dosis nach zwei bis drei Tagen ergab keine Temperatursteigerung, selbst dann nicht, wenn dieselbe vorher hohes Fieber provozierte. — Vortr. demonstriert zwei Paralytiker, beide stark verwirrt und mit Lähmungserscheinungen aufgenommen, welche nach beendigter Kur derart remissionierten, daß sie ihrem Beruf wiedergegeben werden können. Die Erfolge glaubt Vortr. nicht ausschließlich der Tuberkulinkur, sondern auch der gleichzeitig vorgenommenen antiluetischen Behandlung zuschreiben zu müssen (z. B. Wiederkehr des Lichtreflexes der Pupillen, Schwinden der Fazialisparesen usw.).

In der Diskussion bemerkt M. Goldberger, daß im Lipótmező die Tuberkulinkur bei 20 Paralytikern vorgenommen wurde; bei einigen ergab die Sektion akute Nierentuberkulose. Remissionen waren bloß bei drei bis vier Kranken nachweisbar, doch zeigte sich bei denselben der Beginn der Remission bereits vor Beginn der Tuberkulinkur. Stärkere Temperatursteigerung sah Goldberger bloß nach den ersten Injektionen, später blieben solche gänzlich aus. Bei einigen Fällen sah Goldberger solche Muskelnekrosen und Depotbildungen wie bei Salvarsaninjektionen. — J. Donath sieht mit Genugtuung, daß Hudovernig mit der Tuberkulinkur ähnliche gute Erfolge erzielte, wie Donath mit dem nukleinsauren Natron. Jedenfalls sei letzteres weniger gefährlich, als das Tuberkulin, was die Befunde Goldbergers beweisen. Besteht das geringste Zeichen einer luetischen Erkrankung, oder wurde die Lues s. Z. nicht genügend behandelt, so ist die antiluetische Kur angezeigt. In solchen Fällen verwendet Donath jetzt die Kombination von Salvarsan und nukleinsaurem Natron, und Donath erwähnt Fälle, welche durch diese Art der Behandlung besonders günstig beeinflußt wurden, so z. B. ein Bankbeamter, bereits vollkommen unfähig zu rechnen,



konnte seinen Beruf wieder aufnehmen, sogar die versäumte Arbeit allein nachholen. Die günstigen Erfolge der Behandlung von Paralyse mit nukleinsaurem Natron werden auch von fremden Autoren anerkannt. (*Hudovernig.*)

Wagner v. Jauregg (291) hat Fälle von progressiver Paralyse mit abgetöteten Staphylokokkenkulturen behandelt. Er beobachtete namentlich bei manischen Formen einen auffallenden Erfolg. Unter sieben Fällen waren vier, bei denen die Remission eine vollkommene war.

Meyer (183) gibt eine Übersicht über die Behandlungsmethoden, welche in der jüngsten Zeit bei der Paralyse in Anwendung gekommen sind. Verf. kommt zu dem Schluß, daß der Beweis nicht erbracht ist, daß eine der Methoden das Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu hindern vermag. Dagegen ist zuzugeben, daß Remissionen nach verschiedenen Behandlungsmethoden häufig auftraten. Zweckmäßig scheint eine Kombination einer Tuberkulinkur mit einer Salvarsankur zu sein. Zuzugeben ist auch, daß die Möglichkeit einer Beeinflussung des paralytischen Krankheitsprozesses selbst ins Auge gefaßt werden muß. Die Hauptrolle wird aber noch immer die Vorbeugung spielen.

Spielmeyer (261) behandelt in dem Vortrag auf der Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie die allgemeinen Grundlinien und die Möglichkeit einer Behandlung und Heilung der Paralyse. Er kommt in seinen Auseinandersetzungen — ausgehend von seinen Kenntnissen der Trypanosomen — zu der Anschauung, daß wahrscheinlich die Spirochäten im Gehirn noch säßen aber sich entfernt von den Blutgefäßen befänden, so daß bei der Undurchlässigkeit der Meningen keins unser Mittel bisher zu ihnen durchdringen könne. (Diese Ansicht hat durch Noguchis Entdeckung der Spirochäten bei der Paralyse bald ihre Bestätigung gefunden.) (*Loewy.*)

Grzywo-Dąbrowski (91) behandelte 19 Paralytiker mit Natrium nucleinicum. In drei Fällen (15,7 %) wurde eine erhebliche Besserung erzielt, in acht Fällen (42 %) war die Besserung, sei es in psychischer, sei es in somatischer Hinsicht nur gering; in acht Fällen war überhaupt keine Besserung eingetreten, und in einem Falle trat sogar eine rasche und beträchtliche Verschlimmerung auf. Bei der Mehrzahl der Patienten trat eine Gewichtszunahme auf (Minimum 1 kg, Maximum 10 kg), bei fünf Patienten dagegen trat eine Gewichtsabnahme auf (Minimum 1 kg, Maximum 13 kg). Nach der Erfahrung des Verf. ist für den günstigen Erfolg der Behandlung weder die Temperaturhöhe nach der Einspritzung noch der Grad der Hyperleukozytose, bloß die Krankheitsdauer, ausschlaggebend. Je früher die Krankheitsphase desto günstiger die Behandlungseffekte. (*Sterling.*)

Gluschkow (85) tritt für die Lumbalpunktion ein, sowohl beim Status epilepticus als auch paralyticus. (*Kron.*)

Neu (197) betont, daß die Quintessenz der Behandlung die Individualisierung ist. An einem Beispiel illustriert er, was geschulte und verständnisvolle Krankenpflege zu leisten vermag. Es gelang, eine Patientin, welche zehn Jahre in einer Zelle nackt getanzt hatte, so zu beeinflussen, daß sie frei wurde von ihren üblen Gewohnheiten und am allgemeinen Anstaltsleben wieder teilnimmt.

Kinnis (178) zieht aus bei zwölf Fällen gesammelten Erfahrungen über Behandlung von Geisteskranken mit Salvarsan folgende Schlüsse. 1. Die intravenöse Anwendung von Salvarsan veranlaßt keine Komplikationen. 2. Der Blutdruck erleidet keine wesentliche Änderung. 3. Zwei Fälle von Psychosen, die auf Syphilis zurückgeführt wurden, besserten sich sehr, zwei Fälle von Paralyse zeigten vorübergehende Besserung. Es ist zu bezweifeln, ob Salvarsan bei Paralyse von Nutzen ist. 4. Ein überwiegender Nutzen des Salvarsans gegenüber dem Quecksilber war nicht festzustellen.

Trowbridge (280) bestätigte bei sieben Patienten die ungünstige und beschleunigende Wirkung des Salvarsans bei Paralyse. (*Loewy.*)

Meyer (185) teilt einen Fall mit, welcher dadurch interessant ist, daß trotz fehlender manifester Symptome einer beginnenden Paralyse durch eine Salvarsaninjektion mit folgender Hg-Kur die kurz darauf in Erscheinung tretende Paralyse nicht verhindert werden konnte, ferner dadurch, daß der einige Monate vor Manifestwerden der Paralyse erreichte negative Blutbefund ohne Einfluß auf den Ausbruch der Krankheit geblieben ist, und daß zur Zeit der ersten in Erscheinung tretenden Symptome der Paralyse die Seroreaktion nur schwach positiv war. Die Möglichkeit, daß durch die Salvarsaninjektion der Anfangsverlauf der Krankheit bis zum Inerscheinungtreten der ersten diagnostizierbaren Symptome beschleunigt worden ist, wird vom Verf. angenommen, zumal da eine neurotrope Wirkung des Salvarsans wiederholt von verschiedenen Seiten behauptet wurde.

Mahr (165) hat im Genesungsheim Roda bei 20 Paralytikern Heilversuche durch Injektionen mit Natrium nucleinicum, Tiodin, Nukleogen, Tuberkulin und Salvarsan angestellt. Nur in einem einzigen Falle wurde eine schnell vorübergehende Besserung erzielt. Verf. gelangt zu der Ansicht, daß die Krankheit ohne eine spezifische Behandlung denselben Verlauf genommen haben würde. Sieben Paralytiker, welche unbehandelt blieben, zeigten sogar einen günstigeren Krankheitsverlauf als die behandelten.

Kure und **Miyake** (147) berichten über die Erfolge von Salvarsanbehandlung in 16 Fällen von progressiver Paralyse. Auch bei vorgeschrittenen Fällen rief manchmal die Behandlung eine ganz geringe Besserung hervor, die nur von kurzer Dauer war. Manchmal schien die Injektion den paralytischen Anfall hervorzurufen. Im Anfangsstadium der Paralyse schien die Behandlung oft gute Wirkung zu zeigen. Es war aber nur vorübergehende Besserung, die oft vollständige Heilung vortäuschen kann.

Enge (70) bringt einen Überblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden, welche bei der progressiven Paralyse zur Anwendung gekommen sind und noch jetzt angewandt werden: antiphlogistische und derivierende Behandlung, Behandlung mit Tuberkulininjektionen, Behandlung mit Nukleininjektionen, Antitoxinbehandlung, chirurgische Behandlung, medikamentöse Behandlung, Organotherapie, endlich Elektrotherapie und Radiotherapie. Verf. kommt zu dem Schluß, daß von einer rationellen Therapie der Paralyse noch nicht gesprochen werden kann. Mehr verheißend ist die Prophylaxe; diese hat dahin zu wirken, daß jeder Syphilitiker möglichst frühzeitig und so lange zu behandeln ist, bis die positive Wassermannsche Reaktion dauernd und vollständig geschwunden ist.

Pfunder (207) berichtet über die Anwendung des Salvarsans bei 16 Patienten, darunter sieben Paralytiker. Es wurde bei der Paralyse eine günstige, wohl spezifische Beeinflussung der neurologischen Ausfallerscheinungen gesehen. In keinem der Fälle wurde indes ein deutlich merkbarer Einfluß auf den Gesamtverlauf beobachtet. Verschlimmerungen kamen nicht vor. Die andern Fälle, über welche Verf. eingehender berichtet, betreffen einen Fall von Lues cerebri, einen Psychopathen mit Depressionszuständen und Alkoholismus, zwei Fälle von paranoider Demenz und zwei konstitutionelle Psychopathen. Der psychische Zustand wurde zumeist durch die Anwendung des Ehrlichschen Mittels nicht wesentlich beeinflußt.

Waeber (290) beschreibt Versuche, welche mit Anhalonium Lewinii gemacht sind, um die durch diese mexikanische Kaktee hervorzurufenden eigenartigen Rauschzustände zu studieren. Es kam bei einer Person zu phantastischen Träumen, bei andern Versuchspersonen zu hypnogogischen

Zuständen. Die Empfindung des Doppeltseins, wie das von Dixon berichtet wurde, trat keinmal deutlich zutage. Es erwies sich so die Hoffnung hinfällig, gerade über die Empfindung des Doppeltseins nähere Aufklärung zu erhalten.

Mathes (173) hat plattovale O-Sonden, die von der Firma G. Stiefenhofer-München in den Handel gebracht sind, als sehr brauchbar erprobt. Sie waren ursprünglich nur für den Gebrauch durch die Mundöffnung gedacht, lassen sich aber spielend leicht durch Nase und Schlund einführen. Da sie aber wegen der leichten Kompressionsfähigkeit mit der Zunge an den Gaumen gepreßt werden können, vermögen sie die härteren runden Sonden nicht ganz zu ersetzen.

Hartwich (95) hat durch Anwendung des Nukleogens eine Blutregeneration entstehen sehen. Zugleich beobachtete er Körpergewichtszunahme und eine Änderung im Allgemeinbefinden, die auf eine Besserung im Haushalte der Lipoide schließen ließ. Eines Urteils über die Frage der Besserungsmöglichkeit von Psychosen durch solche Therapie enthält sich zunächst der Verf., während die bekannte Tatsache, daß die mit Anämie verbundenen nervösen Syndrome auf diesem Wege besserungsfähig sind, bestätigt wird.

Emanuel (69) hat Luminal in etwa 400 Einzeldosen angewandt. Bei leichten und mittleren Graden von Schlaflosigkeit und Unruhe wirkte es in Dosen von 0,2 bis 0,3 g gut. In der Dosis von 0,4—0,6 g wirkt es bei schwerer Schlaflosigkeit und bei allen Formen von Erregungszuständen im allgemeinen zuverlässig. Die sedative Wirkung ist häufig auch noch am andern Tage vorhanden. Diese Nachwirkung macht das Mittel für die psychiatrische Therapie sehr geeignet und scheint eine Einschränkung der Skopolamin-Morphiumanwendung herbeiführen zu können.

Grabi (88) hält das Trivalin für ein wirklich entgiftetes Morphin:

0,01935 g	isovaleriansaures	Morphin
0,0037 g	„	Koffein
0,00506 g	„	Kokain.

Verf. behandelte sich selbst bei einer Lumbago mit einer Injektion von 0,9 ccm und dann manische Kranke mit 2—4 Injektionen zu 1 ccm mit gutem Erfolg. Bei schwereren Fällen verwandte er eine Lösung von 0,0006 g Hyoscin. valerian. auf 1 ccm Trivalin in Dosen von 0,25—0,5 ccm. Diese Lösung ist auch längere Zeit haltbar. (*Loewy.*)

Adler (4) schlägt vor, bei der tuberkulösen Meningitis, vielleicht auch bei den andern Formen der Meningitis den Subarachnoidealraum breit zu eröffnen und das Exsudat abzulassen. In ähnlicher Weise schlägt Verf. vor, auch bei der progressiven Paralyse vorzugehen.

Krueger (144) beobachtete unter 87 Fällen 35 mal Nahrungsverweigerung bei Dementia praecox, 16 mal bei akutem halluzinatorischem Irresein, 11 mal bei Dementia senilis, 8 mal bei Melancholie, 2 mal bei Manie, 5 mal bei Paranoia, 7 mal bei Imbezillität und 2 mal bei Hysterie. Die Dauer der Abstinenz schwankte zwischen wenigen Tagen und Monaten. Zur Bekämpfung der Nahrungsverweigerung kommt zunächst psychische Beeinflussung in Betracht. Bei Kranken mit Vergiftungsfurcht wird man das Essen vorkosten lassen. Gewicht ist besonders auf die Behandlung selbst geringfügiger körperlicher Störungen zu legen. Dazu gehört Mund- und Zahnpflege. Vor Anwendung der Schlundsonde ist zu versuchen, ob der Patient schluckt, wenn er gefüttert wird. Nährklistiere reichen für dauernde Ernährung nicht aus. Zum Schluß macht Verf. auf die direkt lebensrettende Wirkung der subkutanen Kochsalzinfusionen aufmerksam. Sie kommen bei solchen Kranken in Betracht, die nach langer Abstinenz in häuslicher Pflege zum Skelett abgemagert in die Anstalt kommen.



Reiß (228) hat aus seinen Versuchen mit Luminal ersehen, daß es sich bei Geisteskranken vorzüglich bewährt. Schon in geringen Dosen bietet es eine zuverlässige Gewähr, wirkt, wenn auch nicht allzu rasch, so doch prompt und sicher. Unangenehme Neben- und Nachwirkungen stellen sich bei mittleren Dosen nicht ein; bei höheren Dosen ist zu beachten, daß bei der langsamen Ausscheidung die hypnotische Wirkung einen eminent protrahierten Charakter aufweist. Völlige Versager sind fast nie zu verzeichnen; wenigstens tritt an Stelle des Schlafes eine beruhigende Wirkung ein. Ein erheblicher Vorteil des Luminals ist ferner, daß sein Natriumsalz ohne langwierige Vorbereitungen zu subkutanen Injektionen verwendet werden kann.

Blair (25) betont die Notwendigkeit der Zwangsfütterung mit der Schlundsonde bzw. Nasensonde. Die Krankheitsgeschichten dreier Fälle werden deshalb ausführlicher wiedergegeben. In einem Falle gelang es, so das Leben einer Patientin länger als neun Jahre zu erhalten.

Eager (65) hat 41 Fälle verschiedener Formen von Geisteskrankheiten (Stupor, Melancholie, Manie, Imbezillität usw.) mit Schilddrüsensubstanz behandelt. In etwa der Hälfte der Fälle wurde wesentliche Besserung bis zur Heilung beobachtet (7 Fälle von Stupor, 6 von chronischer Melancholie, 1 von Manie). Über den Einfluß des Mittels auf Temperatur, Puls, Gewicht usw. sind genaue Feststellungen gemacht. Verf. verspricht sich nach seinen Erfolgen keinen Nutzen bei chronischen Fällen und bei sekundärer Demenz. Genaue Beobachtung ist notwendig; Bettruhe ist einzuhalten. Die Behandlung erstreckte sich auf etwa 14 Tage. Verabfolgt wurden 60 gran pro die.

Dupouy (63) macht darauf aufmerksam, daß man zwei Gruppen zurückgebliebener Kinder unterscheiden müsse, „atrophische" nach Traumen, Infektionen usw. und „dystrophische" aus endogenen, polyglandulären Gründen heraus. Bei dieser zweiten Gruppe helfe Organotherapie unterstützt durch CO_2 und Mineralsalze oft ganz überraschend. (*Loewy.*)

Uhlmann (283) bezeichnet das Adalin als das unschädlichste Sedativum. Es löst in submaximalen Dosen in den meisten Fällen die gleiche Wirkung aus wie viele der bisherigen Sedativa in maximalen. Es fehlen Nebenwirkungen, wie Schwindel, Schlafsucht, Kopfschmerz, Übelkeit usw. Ein Mangel ist die Schwerlöslichkeit in Wasser und der leichte bittere Geschmack.

Becker (14) erklärt als das beste Mittel, den chronisch Verrückten dahin zu bringen, daß er seinen Wahnideen nicht ständig nachhängt, die Beschäftigungsbehandlung. Sobald indes akute Nachschübe der Paranoia die Zeit des leidlich ruhigen Verhaltens unterbrechen, ist die Arbeit auszusetzen; gefährliche Werkzeuge sind dem Kranken sofort zu entziehen, und es ist dem Arzte Meldung zu machen, der durch Bettruhe oder sonstige Beruhigungsmittel versuchen wird, die Zeit der Erregung abzukürzen oder zu mildern.

Ringling (232) widmet in warm empfundenen Worten dem am 12. Oktober 1912 verstorbenen Georg Chr. Schwarz einen Nachruf. Er ist in Wort und Schrift für die Arbeitstherapie als einer der Ersten eingetreten, nachdem er selber krank als ersprießlichste Pflege geschwächter und schwacher Nerven die rechte Arbeit erkannt hatte.

Luther (159) weist auf die lästigen Nebenwirkungen, die insbesondere in Hauterkrankungen bestehen, bei Behandlung mit Dauerbädern und feuchten Packungen hin. Zur Verhütung dieser Erkrankungen findet er als bewährt das Ersetzen des Wassers bei Teil- oder Ganzpackungen durch eine 3%ige Borsäurelösung.

Kürbitz (146) sah bei erregten Personen von 1,5—2,0 Aponal-Ester des tertiären Amylalkohols oft Erfolg, bei weniger störenden Patienten genügte schon 1 g. In bezug auf die Schlafwirkung ist es ähnlich dem

Trional. Üble Nachwirkungen sind nicht beobachtet. Ein Nachteil liegt in der Höhe des Preises. 30 g kosten zu 1 g abgewogen 14,25 M.

Perazzolo (206) kommt zu dem Schluß, daß Pantopon wegen seiner stärkeren therapeutischen Wirkung und aus praktischen Gründen in der Behandlung der Geisteskrankheiten den anderen Opiumderivaten vorzuziehen ist. (*Audenino.*)

Jahrsdörfer (120) hat Versuche mit dem Opiumpräparat Pantopon in der Anstalt Wiesloch angestellt. Die bei Erregungszuständen von ihm angewandten Einzeldosen betrugen nicht mehr als 2 ccm einer 2 %igen Lösung subkutan oder 50 Tropfen innerlich. Die größte Tagesdose betrug 4 ccm einer 2 %igen Lösung. In Fällen, wo Pantopon allein nicht wirkte, wurde noch Hyoscin gegeben, und zwar 1 ccm Pantoponlösung mit $^1/_4$—$^1/_2$ ccm einer 2 %igen Hyoscinlösung. Bei schweren Erregungszuständen mußten die größten Dosen von Pantopon mit Hyoscin gegeben werden (2 ccm einer 2 %igen Pantoponlösung mit $^1/_2$ ccm einer 2 %igen Hyoscinlösung). Das Pantopon ist empfehlenswert wegen seiner konstanten Zusammensetzung, seiner Wasserlöslichkeit und subkutanen Anwendung und der unerheblichen Nebenwirkungen. Es wirkt mit Hyoscin kombiniert prompt bei starken Erregungszuständen. Gewöhnung tritt mit der Zeit auf, aber keine Abstinenzerscheinungen. Bei Epilepsie ist seine Wirkung noch unsicher; doch schien die Zahl der Anfälle sich zu verringern. (*Bendix.*)

Bechterew und **Poussèpe** (13) halten es für wichtig, daß in den Irrenanstalten ein nach modernen Grundsätzen eingerichteter Operationssaal zur Verfügung steht. Die Narkose ist zumeist bei Geisteskranken nicht gefährlicher als bei geistig Gesunden; nicht selten kann ohne Narkose operiert werden, wenn der Geisteszustand es erlaubt. Die Verff. sprechen sich dann über die Operationen aus, welche zur Besserung des Geisteszustandes dienen sollen, einmal in bezug auf die körperlichen Organe, dann in bezug auf das Gehirn. Nach Besprechung der Lumbalpunktion wird noch auf die Bedenken hingewiesen, die in rechtlicher Hinsicht bei einem chirurgischen Eingriff bei Geisteskranken bestehen. Die Zustimmung der Angehörigen der Kranken ist einzuholen. In zweifelhaften Fällen ist die Anstaltsverwaltung zur Entscheidung berufen.

Simchowicz-Mendelsburg (257) faßt die bei der Salvarsanbehandlung von Tabes und Paralyse gesammelten Erfahrungen dahin zusammen, daß stets eine sorgfältige Untersuchung voranzugehen hat, um festzustellen, ob etwa Kontraindikationen vorliegen. Solche sind die paralytischen Anfälle, Nierenkrankheiten, Fälle mit geschädigtem Gefäßsystem. Dagegen können die Anfangsfälle vorsichtig und mit kleinen Dosen von Salvarsan vielleicht nach der sogenannten fraktionierten Methode behandelt werden. Es werden sich dann mitunter gute Resultate erzielen lassen. Eine weitere klinische Prüfung des Mittels erscheint lohnenswert.

Becker (16) bespricht die Aufgaben, welche dem Arzte außer der rein ärztlichen Therapie im Interesse der psychisch Kranken obliegen. Er bespricht dies an der Hand der Einteilung der Psychosen nach dem Lebensalter: 1. Psychische Abartungen im Kindesalter, 2. Geistige Erkrankungen der Entwicklungszeit, 3. Psychosen des reifen Alters, 4. Senile Geisteskrankheiten. Bei den erstgenannten Formen der geistigen Erkrankungen kommt die zweckgemäße Unterbringung des Kindes in Betracht (Idiotenanstalt, Heilerziehungsheim usw.). In späterer Zeit handelt es sich vielfach darum, den Kranken vor Überbürdung in der Schule zu schützen. Bei Psychosen des reiferen Alters kommt die soziale Tätigkeit des Arztes nach der Richtung in Betracht, ob Pflegschaft oder Entmündigung einzuleiten ist, wie die Person



eventuell strafrechtlich zu begutachten ist, ob eine Ehescheidung zu betreiben ist. Bei senilen Geisteskrankheiten kommen nicht selten Sittlichkeitsverbrechen, fahrlässige Brandstiftung, Betrug, Urkundenfälschung, Meineid, Mord, Beleidigung vor; kommen den Ärzten derartige Fälle in der Praxis vor, so haben sie auf das Vorliegen einer geistigen Erkrankung hinzuweisen. Verlangt doch Aschaffenburg sogar, daß jeder über 70 Jahre alte Sittlichkeitsverbrecher einer psychiatrischen Begutachtung unterworfen werden sollte.

Dods Brown (33) hat in 9 Fällen — akutes Delir, Dementia praecox, Melancholie, allgemeine Paralyse — nach den Angaben Donaths Einspritzungen mit Nukleinsäure verabfolgt. Er ist mit dem Erfolg zufrieden und hält weitere Versuche für gerechtfertigt.

Révész (229) berechnet auf Grund der russischen Statistik für den Russisch-Japanischen Krieg, daß auf eine kriegsmäßige Division etwa 100 Geisteskranke fallen. Den im Felde stehenden Sanitätsanstalten sind geschulte Psychiater zu attachieren. Auch Irrenwärter müssen zur Dienstleistung in den Feldspitälern bereit sein. Für möglichst schnelle Beförderung in vom Kriegsschauplatz fernliegende Irrenanstalten ist Sorge zu tragen. Die Eisenbahnwagen und Schiffe, auf welchen der Transport geschehen soll, müssen mit zahlreichen Betten und genügendem Bettzeuge versehen sein, da die Bettruhe die einfachste, verläßlichste und in den meisten Fällen genügende Behandlung von Geisteskranken ist.

Meyer (184) berichtet über einen Fall, der wegen der ausgesprochen psychopathischen Persönlichkeit der Kranken typisch war. Das gesamte Denken und Handeln wurde von dem Schwangerschaftskomplex mit seinem stark depressiven Affekte beherrscht, die Unruhe und Erregung waren besonders stark. Der künstliche Abort erschien indiziert, da zu befürchten war, daß selbst bei Verbringung in eine Anstalt die Erkrankung sich weiter verschlimmern würde. Es war zu erwarten, daß durch den Abort sofortige Lösung der Depression erfolgte. Es war dies auch der Fall. Zu verlangen ist, daß der Abort erst eingeleitet wird, wenn nach genauer Beobachtung und versuchter Behandlung die Überzeugung erlangt wird, daß das Fortbestehen der Schwangerschaft die dringende Gefahr einer dauernden ernsten psychischen Störung mit sich bringen würde, die auf keine andere Weise zu beseitigen wäre, und von der zu erwarten ist, daß sie durch die Unterbrechung der Schwangerschaft geheilt resp. für die Dauer wesentlich gebessert wird.

Topp (274) empfiehlt auf Grund einer Reihe von Erfahrungen, die durch Krankheitsgeschichten eingehender illustriert werden, das Sanatogen als ein sehr schätzenswertes Hilfsmittel bei der Behandlung primärer und sekundärer Schwächezustände infolge von Nerven- und Geisteskrankheiten.

Dorner (59) faßt seine Beobachtungen über Bekämpfung des Status epilepticus dahin zusammen, daß er sagt: Atrop. sulfur. wird vom Epileptiker in der 3 bis 5fachen Maximaldosis ohne Schädigung vertragen. Es ist in diesen Dosen imstande, in einzelnen Fällen von St. ep. die Anfälle zu kupieren, in andern sie nach Zahl und Intensität abzuschwächen, so die Lebensgefahr zu beseitigen und sie allmählich ganz zum Schwinden zu bringen; auch bei aussichtslosen Fällen zeigt es noch vorübergehende Wirksamkeit. In allen Fällen hat es sich als Herztonikum bewährt. Es ist daher als ein empfehlenswertes Mittel zur Bekämpfung des St. epil. zu betrachten.

Dupouy (61) berichtet über günstige Erfolge bei Infantilismus durch Verabfolgung von einer Mischung von Schilddrüsen, Hypophysen- und Nebennierenextrakt.



Leroy (152) hat eine große Zahl Geisteskranker mit Codein per os und subkutan in steigender Dosis behandelt. Er resümiert sich dahin, daß die Wirksamkeit des Codein als Beruhigungsmittel bei Geisteskranken, besonders bei Angstzuständen von zweifelhafter Wirkung ist. Vertragen wird es im allgemeinen gut, selbst in Dosen, die weit größer sind, als man sie gewöhnlich zu geben pflegt.

Bossi (27) teilt eine Reihe von Krankheitsgeschichten mit, aus welchen erhellt, daß bei einer großen Reihe von Frauen durch eine gynäkologische Behandlung die psychischen bzw. nervösen Krankheitserscheinungen zum Schwinden gebracht wurden. Verf. unterscheidet toxisch-infektiöse Psychosen (akut [Delirium], chronisch [Erregungszustand und Hypochondrie]), Psychosen infolge veränderter Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion und Psychoneurosen infolge Erschöpfung. Es kommen 3 klinische Formen genitaler Infektion zur Beobachtung, welche psychische Störungen verursachen, a) verallgemeinerte schwere Infektion (Puerperaldelirium), b) lokalisierte Infektion mit klaren Erscheinungen (Subinvolutio uteri, Gonokokkeninfektion, Pyosalpinx, Folgen von Abort usw.), c) lokalisierte schleichende Infektion, die leicht dem minder erfahrenen Auge entgeht oder von dem Beobachter, der die Bedeutung derselben unterschätzt, nicht gesucht wird.

Als Ursachen, die eine Störung der Eierstocksfunktion bewirken können, kommen in Betracht, angeborene Bildungsfehler, Lageranomalien, endometritische Prozesse, Seelenschmerz, allgemeine Ernährungsstörungen, frühzeitige Menopause, demolierende Operationen und angeborenes Fehlen des Eierstocks. Klinisch stellen sich die durch Eierstockserkrankungen hervorgerufenen Psychosen als Melancholie und als maniakalische Zustände dar; bei ersterer Form besteht ungenügende Sekretion, bei der letzteren eine Hypersekretion des Eierstocks. Verf. zieht aus seinen Beobachtungen die Schlußfolgerung, daß vor der Einschließung einer Pat. in eine Irrenanstalt der Genitalapparat zu untersuchen ist und die Behandlung einzuleiten ist. In den gynäkologischen Instituten sind Räume für Pat. vorbehalten, welche wegen der psychischen Störungen beaufsichtigt und überwacht werden müssen. Die vom Verf. gefundenen Tatsachen des großen Einflusses der funktionellen und anatomischen Veränderungen des weiblichen Genitalapparats müssen nicht nur den Ärzten und Studierenden, sondern auch dem großen Publikum durch Schriften und Vorträge bekannt werden.

Ortenau (202) beschreibt aus der Bossischen Klinik 7 Fälle von hysterischer Erkrankung, die durch spezifische gynäkologische Behandlung geheilt seien. Sämtliche Fälle sind durchaus nicht beweisend, da sie nicht lange genug beobachtet wurden, um von einer „Heilung“ zu sprechen, zumal da es sich bei allen um psychische Zustände zu handeln scheint, die dem manisch-depressivem Irresein nahestehen. Immerhin ist die Schlußfolgerung des Verf. und Bossis (gynäkol. Assistent in Irrenkliniken und gynäkol. Untersuchung bei Affektverbrecherinnen) nicht ganz von der Hand zu weisen.

Der gynäkologische Befund war immer Amenorrhöe, bzw. Dysmenorrhöe mit Stenose, Endometritis und Vergrößerung des Uterus. (*Loewy.*)

Haymann (97): Ein aus warmem Herzen heraus gehaltener Vortrag vor Laien, namentlich dahin gerichtet, die Furcht der Laien vor Irrenanstalten zu mildern bzw. zum Schwinden zu bringen.

Meng (182) fand bei Alkoholkranken der Bremer Anstalt in 10 Jahren bei 11% ein gutes Resultat, bei 25% ein verhältnismäßig günstiges. Als Heilungszeit wurden 3 Jahre verlangt. (*Loewy.*)

v. Niessl-Mayendorf (200) bespricht in frischer persönlicher Art die spezifische Therapie der Geisteskrankheiten. Die Arbeit ist mit Genuß zu



lesen, nur warum folgender Ausfall gegen die Antialkohol-Idealisten unter uns: „Unbeirrt von den Schlagworten einer über das Ziel hinausschießenden Leidenschaft der Abwehr, hinter welcher die vorgegebene Sorge um die Allgemeinheit Allerpersönlichstes mehr oder minder geschickt verbirgt, beurteilen sie den einzelnen Fall objektiv . . .“ Praktisch ist auch Verf. von den großen sozialen Schädigungen des Alkohols durchdrungen. (*Loewy.*)

Piazza (208) glaubt, daß die Isolierung eine bessere nnd wirksamere Heilmethode darstellt als die Narkotika, die Bettbehandlung und die Hydrotherapie. (*Audenino.*)

Holmes (109) macht auf die Loco-Krankheit aufmerksam, welche besonders in Mexiko bei Pferden und Rindvieh zur Beobachtung kommt. Hervorgerufen wird die Krankheit durch den Genuß der Locopflanze. Offenbar leiden die Tiere an Sinnestäuschungen, sie werden unsicher in ihren Bewegungen, laufen ruhelos umher. Sie magern schnell ab und verfallen.

Magnan (163) lobt die Erfolge der Bettbehandlung. Eine Verminderung der Selbstmordfälle war zu beobachten. Die Manie und Melancholie bessert sicht oft und schnell. Wutausbrüche der Manischen kamen nie zur Beobachtung. Auch für akute Alkoholiker ist die Bettbehandlung günstig.

Familienpflege.

Peeters (205) gibt eine eingehende Darstellung des Lebens der in Familienpflege befindlichen Kranken in Gheel. Nach diesem Berichte sind die Erfolge nach jeder Richtung vorzüglich. Einige Krankheitsgeschichten werden zur Illustration wiedergegeben, um den guten Einfluß der Familienpflege zu beweisen.

Gutekunst (93) teilt mit, daß in Zwiefalten zuerst im Jahre 1896 die familiale Verpflegung in ausgedehntem Maße eingeführt worden ist. Es sind bis 1912 im ganzen 191 Kranke (100 Frauen und 91 Männer) in Familienpflege gegeben. Bevorzugt wurden diejenigen Familien, von denen erwachsene Mitglieder als Pflegepersonal im Dienst der Anstalt gestanden hatten. Unter den Pfleglingen waren es hauptsächlich die an Dementia praecox Leidenden, welche sich für diese Form der Versorgung geeignet zeigten; auch Imbezille und chronisch-paranoische Kranken stellten ein etwas größeres Kontingent. Die Familienpflege hat sich bisher in Zwiefalten bewährt; sie hat sich als ein wertvoller therapeutischer Apparat unter den Behandlungsformen der Irrenfürsorge erwiesen.

Schwachsinnigenfürsorge.

Ziegler (305) kommt bei der Beantwortung der Frage, die ganz besonders an der Hand eines einschlägigen Falles besprochen wird, zu dem Schlusse, daß der Lehrer im Schreibunterricht zwar die psychologischen Antriebe zur Arbeit, die aus dem sachlichen Interesse entspringen, soviel wie möglich ausnutzen wird, doch aber auch die elementaren, objektiv beschreibenden Darstellungsübungen, ohne die auf mancher Strecke des Unterrichts und bei manchen Schülern nicht auszukommen ist, nicht prinzipiell ablehnen wird.

Schott (244) teilt mit, daß in Württemberg im Jahre 1909 2053 Zöglinge, davon 61,4% Knaben und 38,6% Mädchen, der Fürsorgeerziehung unterstanden. 80 Insassen der Rettungsanstalt Schoenbühl hat er genauer untersucht. Bei 42% von ihnen bestand Trunksucht der Erzeuger, erbliche Belastung in krimineller Hinsicht war bei 56% erwiesen.

Körperliche Entartungszeichen fanden sich bei 80%. Psychiatrisch verdächtige Fälle fanden sich 19 = 24%; eine besondere kriminelle Anlage zeigten 12 = 15%. Diese letzteren Fälle werden in kurzem Umriß wiedergegeben.

Verf. wünscht, daß in Württemberg das gesamte Fürsorgezöglingsmaterial psychiatrisch durchuntersucht wird, für das Erziehungspersonal der Rettungsanstalten psychiatrische Einführungs- und Fortbildungskurse eingerichtet werden und eine unter psychiatrischer Leitung stehende Beobachtungsabteilung für Fürsorgezöglinge beiderlei Geschlechts geschaffen wird.

Das Jahrbuch der **Fürsorge** (126) bringt einen Literaturbericht über Jugendfürsorge 1911. Wie umfangreich die Literatur auf diesem Gebiete ist, beweist die Tatsache, daß 3322 Arbeiten angeführt werden. Dann kommt eine Übersicht über die Kongreßarbeiten. Die Tätigkeit von 63 Versammlungen bezog sich auf dieses Gebiet.

Schnitzer (240) hat 198 Fürsorgezöglinge untersucht. 129 = 65,2% waren als ausgesprochen krankhaft zu bezeichnen. Von diesen waren 51,2% erblich belastet. Es waren unter den Zöglingen 161 Kriminelle.

Büttner (36) gibt einen Überblick über die Entwicklung und Verbreitung des Hilfsschulwesens in Deutschland. In 267 Städten sind zurzeit 613 Schulen mit 1544 Klassen und 35196 Kindern vorhanden. Die Erfolge sind als günstig zu bezeichnen, indem 70—80% der Zöglinge als voll erwerbsfähig entlassen werden konnten, 15—20% als teilweis erwerbsfähig, 5—10% als erwerbsunfähig. Wichtig ist die richtige Auswahl der Schüler. Auch an das Lehrpersonal sind hohe Anforderungen zu stellen. Zum Zwecke der Ausbildung desselben finden in verschiedenen Städte Kurse statt, die eine starke Beteiligung finden.

Isserlin und **Gudden** (117) stellen in bezug auf die psychiatrische Jugendfürsorge unter Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse die Forderung auf, daß an die Kreisirrenanstalten Abteilungen für Idioten und Epileptiker anzugliedern sind. An den großen Pflegeanstalten mit 200 Kranken und darüber sind Irrenärzte als Hausärzte anzustellen. Für Großstädte empfiehlt sich die Errichtung eigener Anstalten für jugendliche Idioten, Schwachsinnige und Epileptiker, in nachbarlicher und administrativer Verbindung damit eine Zwangserziehungsanstalt mit Sonderanstalt für geistig minderwertige Fürsorgezöglinge. Eine psychiatrisch-neurologische Untersuchung der Fürsorgezöglinge ist in Bayern alsbald durchzuführen. Die schwer erziehbaren und schwer psychopathischen Zöglinge sind in psychiatrisch geleiteten Sonderanstalten unterzubringen; tiefer stehende Schwachsinnige, hysterische, epileptische, degenerierte und geisteskranke Zöglinge in Irrenanstalten. Das Streben hat dahin zu gehen, die Zöglinge für die Erziehung und Weiterbildung in der Familie vorzubereiten. Für großjährig Werdende hat später Entmündigung bzw. obligatorische Schutzaufsicht einzutreten.

Gerhardt (84) berichtet über die Schule der Alsterdorfer Anstalten. 115 Kinder (65 Knaben und 50 Mädchen) werden in ihnen unterrichtet. In allen Klassen ist die Koedukation durchgeführt. 2 Klassen sind sogenannte Vorbereitungsklassen. Der Unterricht wird durch 4 seminaristisch gebildete und staatlich geprüfte Lehrer und 6 Kindergärtnerinnen erteilt. Nach einer Schilderung der körperlichen und geistigen Eigentümlichkeiten der Kinder wird eine eingehende und anschauliche Darstellung der in langjähriger Erfahrung ausgearbeiteten Unterrichts- und Bildungsmethoden gegeben. Man erhält ferner auch Auskunft über die Erfolge der Schule.



Ätiologie.

Schubach (247) polemisiert gegen Ortenau, welcher aus 7 günstig verlaufenen Fällen, gleichwie Bossi, weitgehende Schlußfolgerungen auf den ätiologischen Zusammenhang zwischen weiblichen Genitalerkrankungen und psychischen Störungen zieht. Er verweist darauf, daß die Psychiater dauernd die Vorgänge in den weiblichen Genitalien beachten. Aus der Heilung von 7 Fällen zu schließen, daß an jede psychiatrische eine gynäkologische Abteilung anzuschließen ist, geht sicherlich zu weit; man könnte mit gleichem Recht auch einen Spezialarzt für Magen- und Darmaffektionen fordern, da Magen- und Darmstörungen noch häufiger mit psychischen Störungen in Zusammenhang stehen.

Anstaltswesen.

Herting (105) bespricht die verschiedenen Arbeitsgelegenheiten, welche in Betracht kommen, um die Anstaltskranken zu beschäftigen. Es kann hier auf die Einzelheiten nicht eingegangen werden. Es soll aber eine Anregung erwähnt werden, die Verf. macht, nämlich eine Lehrerin im Weben, Klöppeln usw. anzustellen behufs Abhaltung von Wanderkursen und Weiterbildung des Personals und der Kranken. Es wäre sehr wohl möglich, die Lehrerin von den verschiedenen Anstalten in regelmäßigen Zeiträumen zu beschäftigen.

Enge (71) spricht sich in der vorliegenden kleinen Abhandlung gegen das Abhalten von größeren Festlichkeiten in Irrenanstalten aus. Er weist darauf hin, daß in dieser Beziehung in manchen Anstalten eine Übertreibung statthat. Der Nutzen, welchen man vielleicht gelegentlich beobachtet, wird von dem angestifteten Schaden bei weitem übertroffen. Als souveränes Mittel, um psychisch abzuleiten und zu zerstreuen, steht obenan eine gesunde, anregende, aber nicht anstrengende Arbeit. Als Zerstreuungsmittel können mit Vorteil Körper- und Leibesübungen dienen. Schlittschuhlaufen und sonstiger Muskelsport könnte in den Anstalten größere Verwendung finden. In bezug auf Festlichkeiten ist aber Beschränkung notwendig; sie haben sich im Rahmen dessen zu halten, was in einer kleinen Häuslichkeit üblich ist, nicht glänzende rauschende Feste, keine stundenlang dauernden Massenversammlungen und ähnliches. Zum Charakter einer Irrenanstalt, die, wie die Psychiater mit vollem Recht betonen, eine Krankenanstalt ist, passen geräuschvolle Vergnügungen, Bälle, Theateraufführungen und ähnliches herzlich schlecht.

Krauß (139) beschreibt den neuen Herrenbau, welcher im Jahre 1910 der alten Anstalt, die nur für Damen bestimmt war, hinzugefügt ist. Es sind bei der Einrichtung der Wachabteilung einige technische Neuerungen eingeführt, die das Interesse der Anstaltsleiter beanspruchen dürften, weshalb an dieser Stelle ganz besonders darauf hingewiesen sei.

Mönkemöller (190) bespricht an der Hand von einigen Fällen, welche zur strafrechtlichen Entscheidung gekommen sind, die zurzeit bestehenden Rechtsverhältnisse in bezug auf die gewaltsame Befreiung von Geisteskranken aus Anstalten. Verf. stellt die Forderung auf, daß die Befreiung aller Geisteskranken, welche sich auf Grund eines geordneten Aufnahmeverfahrens in einer Anstalt befinden, mit Strafe belegt wird. Eine Verquickung dieses Delikts mit ähnlichen wie Befreiung von Trinkern, Fürsorgezöglingen oder mit ansteckenden Krankheiten behafteten Personen hält er nicht für opportun.

Aus dem vorliegenden IV. Jahresbericht über die Anstalt **Luisenstift** (158) zu Braunschweig sei hier berichtet, daß die Anstalt seit ihrem Bestehen



bisher mit 36 Kindern belegt war, von denen 20 zur Entlassung kamen; 4 als geheilt, 9 als gebessert und 7 als ungebessert. Bei der Behandlung wurde auf eine besondere Diät ebensoviel Wert gelegt wie auf den Gebrauch von Arzneien. Natr. bromat. in kleinen Mengen, Extr. Simulo Comp. fluid. bei Fällen, die jahrelang erfolglos mit Brom behandelt waren, Schilddrüsensubstanz bei Störungen in der Schilddrüse.

Vinchon (287) hat sich ein Verdienst dadurch erworben, daß er die historischen Kenntnisse der Psychiater erweitert, indem er auf eine Schrift Garzonis (+ im Jahre 1590) aufmerksam macht und einige Bruchstücke aus derselben mitteilt. Manche der Krankheitsschilderungen sind ausgezeichnet getroffen und stehen nicht hinter den uns aus unserer Zeit bekannten zurück, wenn auch die Nomenklatur nicht wissenschaftlich ist.

Vocke und **Neithardt** (289) geben einige Mitteilungen über die im Bau begriffene Anstalt Haar bei München. Sie wird zwar als selbständige Anstalt für 1000 (zunächst nur für 800) Kranke erbaut, steht aber mit der Anstalt Eglfing insoweit in Verbindung, als die technische Zentrale dieser Anstalt Wasser, Heißwasser, Heiz- und Brauchdampf und elektrischen Strom liefert. Auch die Kanalisation und Rieselfeldanlage wird der älteren Anstalt angeschlossen. Dadurch werden große Ersparnisse erzielt. Für die Kranken werden neun Gebäude errichtet, das Aufnahmehaus für beide Geschlechter mit Lazarett (280 Betten). Dieses Haus wird zweigeschossig hergestellt und enthält außer dem Lazarett je vier Wachabteilungen nebst je einer kleinen Absonderungsabteilung (für Tuberkulose, Erysipel, Karzinom, Gangrän) für beide Geschlechter. Ein Bau enthält Abteilungen für Halbruhige und Unsichere, bei einigen eingeschossigen Krankenbauten sind die zwei unruhigen Wachabteilungen. Das gesamte Pflegepersonal erhält eigene Zimmer. Man hofft, die Anstalt Oktober 1912 eröffnen zu können.

Meltzer (181) beschreibt die Einrichtungen der erst vor kurzem eröffneten Landesanstalt für bildungsunfähige Kinder zu Groß-Hennersdorf. Die Anstalt untersteht der direkten Verwaltung des Königlich Sächsischen Ministeriums des Innern. Sie hat zurzeit einen Bestand von 150 Idioten, für welche 7 Pflegerinnen und 23 Wärterinnen vorhanden sind. Vorläufig sind die Kinder sämtlich unter 14 Jahren. An die Organisation einer Familienpflege im Orte wird bereits gedacht. Wie für manche erwachsene Geisteskranke wird sie auch für viele Idioten durchaus angängig sein.

Krimmel (143) hat in der württembergischen Anstalt Zwiefalten auf einer Männerkolonie eine feste Baracke für tuberkulöse Geisteskranke eingerichtet. Die Erfolge an dem — klimatisch sehr bevorzugten Platze — sind sehr gute, und so plädiert Verf. dafür, diese Einrichtung zu vergrößern. (*Loewy.*)

Ditthorn und **Loewenthal** (57) beschreiben eine neue Desinfektionseinrichtung, die in Krankensälen aufgestellt werden kann, ohne daß die Irren sich schädigen könnten. Enge Schlitzöffnungen, Wölbung des Schüsseldeckels usw. machen ein Schöpfen mit der hohlen Hand unmöglich. Eine genauere Beschreibung kann hier nicht gegeben werden, erwähnenswert ist aber noch, daß bei Neubauten ein größerer Behälter im Dachgeschoß aufgestellt werden kann, der sämtliche Schüsseln eines Hauses versorgen würde. (*Loewy.*)

Jödicke (124) hat eine generelle Untersuchung der Zahnverhältnisse auf der Abteilung Kückenmühle für Schwachsinnige angestellt. Von 685 Personen hatten nur zwei gesunde Gebisse. Es kamen auf den Kopf 11,64 fehlende oder kariöse Zähne. Verf. hat sich die Technik der Zahnfüllung zu eigen gemacht und läßt es sich angelegen sein, die Zähne durch Entfernung von Zahnstein und durch Füllung mit Plomben zu erhalten.

Benon (19) verlangt die Einrichtung von Annexen bei allgemeinen Krankenhäusern zur Beobachtung und Behandlung akut und subakut geisteskranker Personen, ähnlich den in Deutschland vorhandenen psychiatrischen Kliniken.

Fischer (76) spricht in überzeugenden Worten von der Notwendigkeit großer Anstalten, von Kinderabteilungen, sozial-psychiatrischer Fürsorge und vielem andern. Besonders bemerkenswert ist, daß in Baden erst knapp ein Prozent der Kranken in Familienpflege gegeben werden konnte, daß aber diese Resultate sehr ermutigen. (*Loewy.*)

Strobl (264) bespricht in seinem Vortrage über Epileptiker und Irrenanstalten die mißlichen Umstände, welche daraus entspringen, daß die verschiedensten Geisteskranken in derselben Anstalt gepflegt werden müssen; namentlich mißbilligt Vortragender, daß die Epileptiker trotz ihrer Reizbarkeit, Überempfindlichkeit und Neigung zu Tätlichkeiten mit anderen ruhigeren Kranken unter einem Dache weilen. Nach eingehender Besprechung der bei Epileptikern nötigen speziellen dietätischen, therapeutischen und sonstigen Maßnahmen betont Strobl, daß die heutigen Irrenanstalten zur Behandlung von Epileptikern wenig geeignet erscheinen, da die speziellen Bedürfnisse dieser Kranken wenig berücksichtigt werden können. Epileptikeranstalten würden gewiß eine ideale Lösung der Frage bedeuten, insolange dies aber aus finanziellen Gründen nicht durchführbar ist, sollten neben den Irrenanstalten Spezialabteilungen für Epileptiker errichtet werden. (*Hudovernig.*)

Für die von der Hand **Cox** (47) erschienene Übersicht und Jahresbericht über die Utrechter Anstalt machen wir eine Ausnahme, weil sie sich in mehreren Hinsichten von den übrigen Anstaltsberichten unterscheidet. Es sind alle Tabellen, Dienstvorschriften, Kontrakte, sowohl von wissenschaftlicher, wie von ökonomischer Art, ausführlich aufgenommen worden, so daß die 165 4° Seiten starke Arbeit zu einem wahren Handbuch für Anstaltsleitung ausgediehen ist. Ein Kapitel ist der neuen Landesabteilung „Willem Arntszhoeve" zu den Dolder, 12 km von Utrecht auf ein Grundstück von 207 ha angelegt, gewidmet, und durch zehn photographische Tafeln erläutert. Vorläufig werden zehn Pavillone für 450 Kranke Gelegenheit zu Landarbeit und Beschäftigung aller Art bieten; ein Pfleger- und Arbeiterdörfchen wird die Familienpflege ermöglichen. Für beinahe die Hälfte der Kranken kann Bettpflege angewendet werden; auf den Anbau mehrerer modern ausgestatteter Isolierzimmer hat man nicht verzichtet. Für die Behandlung wird der größte Nachdruck gelegt auf das „beseelte Armamentarium", dessen Salare in den letzten acht Jahren mehr als verdoppelt wurden. „Nach den Scheiterhaufen kamen die Ketten, nach den Ketten die Behandlung, erst die zusammengesetzten Emotionsierungsmaschinen, später die Salben, Sturzbäder und Purgantien. Dann die Bettbehandlung mit Überernährung, Elektrizität und Abreibung. Nachher die Chemie und das prolongierte Bad. Zum Schluß ist jetzt die Zeit gekommen wirklicher Freiheit und Erziehung." Es hat der Verf. die Gelegenheit benutzt, um in temperamentvoller Weise sein Glaubensbekenntnis in bezug auf die psychologischen Probleme bekannt zu geben. Er wendet sich gegen „den Nachklang des Materialismus, der durch die Siege von Physica und Chemie eitel geworden, eine Seele aus Phosphor und Eiweiß nach mechanischen Gesetzen konstruieren zu können glaubte." „Wer noch in dieser Sichtung seine Begriffe leitet, ist blind, oder will blind sein, für was die Zukunft schon jetzt verspricht." Der Psychiater soll nicht bloß Anatom und Psychologe sein; Biologie, Philosophie, Literatur sollen ihn vor Asyldemenz behüten.



An mehreren Stellen reizen die immer interessanten Darlegungen des Verf. zu Beifall oder zu Wiederspruch. oder geben zu Bemerkungen Anlaß, wovon Ref. hier nur eine äußern will: der Psychiater, der ausschließlich Anstaltspraxis ausübt, wird sich auf die Dauer nie von Einseitigkeit und Einsiedlertum freihalten können, dagegen hilft keine Bibliothek, sei sie noch so vielseitig, sondern nur die tägliche Berührung mit dem regen Leben umher, darum sei dem Anstaltsarzte auch Privatpraxis gestattet. (*Stärcke.*)

Auf Grund neuerer Klassifikation der Psychosen sind vom Generalinspektor **Schuurmans Stekhoven** (250) die statistischen Angaben der holländischen Irrenanstalten für 1911 bearbeitet. Es wurde eine neue Anstalt geöffnet (Lozenoord zu Ermeld). Außerdem eine Landesabteilung der Utrechter Anstalt (Willem Arntsz Hoeve zu den Dolder). In den sämtlichen Anstalten wurden aufgenommen 2851, exklusive der Versetzungen, davon 1012 aus Krankenhäusern und dgl., 103 aus Gefängnissen und dgl. Das Verhältnis zwischen Aufnahmezahl und Anstaltsbevölkerung (Admissions-Koëffizient) war 228,8 (gegen 225,4 in 1910). Gesamtbevölkerung am 31. Dezember 1911 12904, davon 140 in der annexen Familienpflege. Entlassen wurden als nicht geisteskrank 8, geheilt 922, ungeheilt 353, gestorben 1073 Kranke.

Ausführlich werden die Verhältnisse mit Beziehung auf die Heirat dargestellt. Das numerische Überwiegen der Unverheirateten ist zu stark, um nur vom Einfluß der Geistesschädigung auf die Heiratsschließung abhängig sein zu können, und tritt in allen Altersklassen zutage. In allen auf diese Frage bezüglichen Tabellen wurde das Prinzip durchgeführt, die Verhältnisziffer einer bestimmten Krankengruppe gegenüber die Gesamtbevölkerung des Landes vom gleichen Geschlecht und gleicher Heiratsklasse (verheiratet, unverheiratet, geschieden und verwitwet) darzustellen. Insania toxica und Dementia paralytica sind am häufigsten bei den Gruppen der Verheirateten und Geschiedenen usw. Die Ziffer für Epilepsie ist bei den Unverheirateten nur doppelt so groß wie bei den Verheirateten, die Epilepsie ist also nicht ein sehr starkes Hindernis für die Heirat. Bei der Dementia praecox praevalieren bei den Unverheirateten die Männer, bei den Verheirateten die Weiber; bei den Verwitweten und Geschiedenen ist die Beteiligung der beiden Geschlechter ziemlich die gleiche. Die Prognose aller Gruppen von Geisteskrankheit zusammengerechnet, ist bei den Verheirateten eine bessere. (*Stärcke.*)

Kötscher (138) liefert in der Sammlung Langenscheidt Beiträge zur Kritik der Gegenwart ein flott geschriebenes, leicht verständliches Werk über die derzeitige Lage des praktischen Dienstes in der Irrenpflege, wobei insbesondere die Anstaltseinrichtungen des Königreichs Sachsen in Betracht gezogen werden. Zweifellos wird dieses Buch dem Wunsch des Verf. entsprechend dazu beitragen, verzerrte Trugbilder aus der Phantasie des Volkes auszulöschen, Kenntnisse zu verbreiten und Vorurteile zu zerstreuen. Es wird den Fernstehenden überzeugen, daß Deutschlands Irrenanstalten auf der Höhe der Zeit stehen, denen die armen geisteskranken Mitbürger ruhigen Gewissens anvertraut werden können.

Hellwig (103) berichtet über die Krankenbewegung der Anstalt Brünn während der 50 Jahre ihres Bestehens. Während die ursprüngliche Anlage für 336 Kranke bestimmt war und in den ersten 30 Jahren durchschnittlich 784 Kranke zur Behandlung kamen, stieg in den letzten die Zahl der Kranken, welche pro Jahr zur Behandlung kamen, auf 1113; die Belegziffer stieg auf 667. Das weitere Steigen der Bevölkerung in Mähren wird noch mehr Vorkehrungen verlangen, so daß auch mit der beabsichtigten Ausgestaltung der



Irrenfiliale zu Iglau zu einer vierten Landesirrenanstalt dem Bedürfnis an Anstaltsplätzen nicht Genüge geschehen wird.

Schulze (249) hat zur Feier des 100jährigen Bestehens der Landesirrenanstalt Sorau die Entstehung und die Entwicklung dieser Anstalt beschrieben. Wie sie aus kleinen Anfängen heraus zu der jetzt hoch modernen Anstalt geworden ist, zu erfahren, ist für jeden Fachmann von historischem Interesse. Einen besonderen Ruhmeskranz flicht der Verf. dem im Jahre 1816—55 die Direktorialgeschäfte führenden Dr. Schnieber. Manche der Gedanken, welche erst in neuerer Zeit Allgemeingut der Psychiatrie wurden, versuchte schon jener Arzt praktisch durchzuführen, wie die Arbeitstherapie. Gute Illustrationen lassen uns anderseits den Fortschritt im Irrenwesen erkennen. Zellen und Zwangsjacke in den ersten Jahrzehnten der Anstalt, jetzt leichte Räume in großen mit allen modernen Einrichtungen versehenen Häusern in der Jetztzeit. Der Fortschritt, welchen die Anstalt Sorau entsprechend dem Stande der Wissenschaft bisher genommen hat, kann wahrlich die Leiter und Ärzte der Anstalt nicht minder mit Stolz erfüllen wie die Provinzialverwaltung, welche auf dem Gebiete des Irrenwesens vorbildlich tätig ist.

Der Verein württembergischer Irren- und Nervenärzte hat zur Feier des 100jährigen Bestehens der Anstalt **Zwiefalten** (307) eine Festschrift überreicht, in welcher an erster Stelle die Bedeutung der Anstalt für das Irrenwesen Württembergs gewürdigt wird. Die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze belief sich bei der Eröffnung auf 70—80; jetzt beläuft sich der Krankenstand auf etwa 520 Pfleglinge. Die Zahl der Aufnahmen beträgt jetzt jährlich 102. Unter den bisherigen Direktoren ist es Koch, der seinen Namen und den der Anstalt bekannt gemacht hat. In einer längeren Arbeit bespricht Gaupp die Lehren dieses berühmten Psychiaters in ihrer Bedeutung für die Entwicklung der klinischen Psychiatrie. Am bekanntesten ist sein Buch über psychopathische Minderwertigkeiten geworden. Das erste Kapitel wird von Gaupp als eine wahre Fundgrube feiner psychopathologischer Darlegungen bezeichnet. Gutekunst bespricht die Entwicklung der familialen Verpflegung der Königl. Heilanstalt Zwiefalten. Die Erfahrungen, welche man mit der Familienpflege gemacht hat, sind günstige; eine Entlastung der Anstalt wird aber kaum durch diese Art der Verpflegung hervorgerufen. An dieser Stelle seien schließlich nur noch die Namen der Autoren und ihrer Arbeiten genannt. Kraner: Drei Fälle von Spätgenesung. Staiger: Die Behandlung psychopathisch minderwertiger Strafgefangener jetzt und nach dem Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Schott: Psychiatrie und Fürsorgeerziehung in Württemberg. Buder: Beitrag zu der Lehre vom Querulantenwahnsinn.

In seinem Vortrage über statistische Einteilung der Geisteskrankheiten in den Berichten der ungarischen Irrenanstalten bespricht **Fabinyi** (72) die mißlichen Umstände, welche sich daraus ergeben, daß die vor mehreren Jahrzehnten festgestellte statistische Einteilung der Geisteskrankheiten in den Berichten der ungarischen Krankenanstalten nicht nur der heutigen psychiatrischen Auffassung gar nicht entspricht, indem ganz veraltete Benennungen vorgeschrieben sind, und daß bereits überall anerkannte psychische Erkrankungen, wie die Dementia praecox u. a. überhaupt nicht vorkommen, — sondern betont er auch die Divergenz, welche dadurch entsteht, daß Anstalten mit größerer Krankenzahl viel größere statistische Ausweise anzufertigen haben; größere haben einen Ausweis mit 10, kleinere einen solchen mit 6 Diagnosen vorzulegen. Sowohl die moderne Psychiatrie, als auch die Uniformität macht die Anordnung einer einheitlichen und der modernen Auf-



fassung entsprechenden Statistik zu einer unaufschiebbaren Aufgabe. Verf. proponiert folgende Einteilung: A) Endogene Psychosen: I. Funktionelle Psychosen: 1. Imbezillität. 2. Psychosis degenerativa. 3. Mania depressiva. 4. Melancholia. 5. Psychosis hysterica. 6. Paranoia. II. Autointoxikationspsychosen: 7. Dementia praecox. 8. Psychosis epileptica. 9. Cretinismus. — B. Exogene Psychosen: I. Toxico-infektiöse Psychosen: 10. Amentia. 11. Delirium. 12. Psychosis alcoholica. 13. Psychosis ex intoxicationibus alteribus. 14. Dementia pellagrosa. 15. Dementia paralytica progressiva. 16. Syphilis cerebri. III. Organische Psychosen: 17. Dementia senilis. Dementia encephalopathica. 19. Idiotismus. — Vortr. beantragt, daß sich der Kongreß für die Notwendigkeit einer Neueinteilung der Psychosen in den Statistiken ausspreche.

Nach einigen Bemerkungen Hudovernigs und v. Oláhs nimmt der Kongreß den Antrag an, übermittelt denselben an das ständige Exekutivkomitee mit dem Auftrage, auf Grund des Fabinyischen Antrages eine neue Statistik auszuarbeiten und dem Ministerium des Innern behufs allgemeiner Anordnung vorzulegen.

Anmerkung des Referenten: Auf Grund des angenommenen Antrages von Fabinyi hat das ständige Exekutivkomitee des Kongresses die Frage einer neuen statistischen Einteilung der Psychosen eingehend beraten und unter Hinweglassung der gruppenweisen Einteilung, welche sich noch keiner allgemeinen Anerkennung erfreut, die folgende statistische Einteilung dem Ministerium des Innern vorgeschlagen: 1. Melancholia. 2. Psychosis maniacodepressiva. 3. Amentia. 4. Paranoia. 5. Psychosis hysterica. 6. Psychosis neurasthenica. 7. Psychosis epileptica. 8. Imbezillitas. 9. Dementia praecox. 10. Psychosis alcoholica. 11. Psychosis pellagrosa. 12. Psychosis ex intoxicatione altera. 13. Dementia paralytica progressiva. 14. Psychosis senilis. 15. Psychosis encephalopathica. 16. Idiotismus. 17. Cretinismus. — Nach Befürwortung des hygienischen Landessenates hat das ungarische Ministerium des Inneren diese neue statistische Einteilung für sämtliche Anstalten und Spitäler Ungarns mit Irrenpflege sub Zahl 62 202/1912 VIII b. obligatorisch angeordnet. (*Hudovernig.*)

Starlinger (262) hat bezüglich der Irrenanstalten Untersuchungen angestellt, ob nur große Anstalten billig wirtschaften. Die Antworten von einer großen Zahl von Anstalten gesandten Fragebogen werden zur Lösung dieser wirtschaftlich wichtigen Frage benutzt. Verf. kommt zu dem Schluß, daß absolut kein Beweis zu erbringen ist, daß die Betriebskosten der großen und größeren Anstalten, der Anstalten mit und über 1500 Kranken durchschnittlich geringer zu stehen kommen unter sonst gleichen Verhältnissen, als die der mittleren. Es besteht vielmehr große Wahrscheinlichkeit, daß die Anstalten um 1000 Betten herum ein Optimum in wirtschaftlicher Hinsicht darstellen.

Adam (2) legt in der vorliegenden Abhandlung dar, eine wie große Zahl ungerechtfertigter Unterbringungen in Irrenanstalten vorkommt. Eine Menge Beispiele bringt Verf. zum Beweise dieses Satzes. Es handelt sich dabei nicht um ungesetzliche Einweisungen in Irrenanstalten, sondern um Fälle, die ebenso gut bzw. besser in andere Krankenhäuser, Hospitäler, Spezialanstalten für Idioten, Epileptiker, Alkoholiker usw. untergebracht worden wären. Es veranlaßt den Verf., diesen Nachweis der Forderung auf Schaffung von Spezialanstalten zu begründen. (Da wir in Deutschland eine viel größere Auswahl von Spezialanstalten besitzen, auch die familiale und koloniale Verpflegung der Geisteskranken viel mehr ausgebildet ist als in Frankreich — eine Tatsache, die auch vom Verf. gelegentlich anerkannt wird — tritt bei



uns der Mißbrauch bei den Aufnahmen in geschlossenen Anstalten nicht in der vom Verf. geschilderten Weise hervor. Ref.)

Meltzer (180) gibt in einer Weiherede zur Eröffnung der Anstalt Großhennersdorf einen geschichtlichen Rückblick über das einer neuen Bestimmung zugeführte Haus. Es soll dieses zur Aufnahme von blöden Kindern dienen, die bildungsunfähig sind, ferner auch von geisteskranken Kindern.

Rein (227) beschreibt das neue Laboratoriumsgebäude, das in der Landesirrenanstalt Landsberg a. W. aufgeführt wurde. Es ist dadurch den Ärzten Gelegenheit gegeben, sich wissenschaftlich auf einem der in Frage kommenden Gebiete der Anatomie, Bakteriologie, Serologie und Chemie zu beschäftigen. Das neue Laboratorium scheint nach der Schilderung des Verf. tatsächlich als mustergültig bezeichnet werden zu können. Den Anregungen und den Wünschen der Ärzte wurde beim Bau in weitgehendster Weise Rechnung getragen.

Camerer (37) hält in dem vorliegenden Aufsatz die Neuerrichtung einer Irrenanstalt in Württemberg für notwendig. Da die Anstalt nicht allein der jetzigen Generation, sondern auch der zukünftigen dient, hält er es für richtig, wenn die Mittel dazu wenigstens zum Teil durch Anleihen aufgebracht werden. Der Ansicht Kreusers, daß eine große Anstalt ohne staatlichen Zuschuß durch Ausdehnung des landwirtschaftlichen Betriebes und der Werkstättenbetriebe auskommen könne, tritt Cramerer nicht bei.

Briscoe (32) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Tatsache, daß Appendizitis recht selten bei den Insassen der Irrenanstalten vorkommt. Er bringt dies in Verbindung mit der in den Anstalten üblichen Diät, die eine bekömmliche ist, sowie mit dem Umstande, daß ärztlicherseits der regelmäßigen Stuhlentleerungen der Kranken besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Hock (108) macht darauf aufmerksam, daß bereits im Jahre 1857 die Handweberei in dem Irrenhause St. Georgen betrieben wurde. Im Jahre 1876 wurde in der Anstalt Bayreuth, welche an die Stelle jener Anstalt trat, dieser Industriezweig durch eine Kokosmattenweberei ersetzt, die noch jetzt blüht und neben anderen Erzeugnissen hauptsächlich der Verwaltung der Kgl. bayrischen Staatseisenbahnen die in ihren Wagen aufliegenden Kokosläufer liefert. Im Jahre 1911 wurde auch die schwedische Handweberei und Stickerei in dieser Anstalt eingeführt.

Channing (42) macht Mitteilung über die Begründung einer klinischen Anstalt für Geistes- und Nervenkranke in Boston, die mit allen modernen Einrichtungen versehen ist.

Hellwig (102) teilt mit, daß bei Eröffnung der Anstalt Brünn im Jahre 1863 die Lieferung der Bespeisung im öffentlichen Versteigerungswege Unternehmern überlassen wurde. Erst im Jahre 1887 übernahm man die Verpflegung in eigene Regie. Im Jahre 1909 wurde auch die Schlachtung des Rindviehs in eigene Regie übernommen, da die letzten Fleischlieferungen als schlecht und teuer befunden wurden. Diese Art des Betriebes gestaltete sich derart wenig belastend, daß die Gesamtkosten für einen Pflegling III. Klasse sich nicht über 1 Krone 88 Heller pro Tag beliefen.

Hirschfeld (107) betont, daß die Fürsorgestellen für Alkoholkranke in die Domäne des Psychiaters und Nervenarztes gehören. Als die das dauernde Bestehen der Stelle am besten garantierende Maßregel ist die Angliederung an die Gemeinde zu befürworten.

Trinkerfürsorge.

Schellmann (238) betont in einer Polemik gegen Hirschfeld, daß in der Frage der Trinkerfürsorge die berechtigten Forderungen der Ärzte



erfüllt werden. Es sei unnötig, daß Ärzte bzw. psychiatrisch ausgebildete Ärzte die gemeindlichen Trinkerfürsorgestellen leiten; hierher gehöre in erster Linie einer, welche gewisse soziale Bildung hat und Menschenkenntnis besitzt, um vor allem auch der Familie des Trinkers näher treten und aus der ganzen Sachlage die Ursachen erkennen zu können, die für die Trunksucht oft auch in der Familie und der Arbeitsstätte usw. gelegen sind. Zu Düsseldorf hatten Nervenärzte und Psychiater die Leitung der Fürsorgestelle übernommen; sie traten zurück, als sie einsahen, daß die von ihnen zu machenden Feststellungen gerade so gut von einem erfahrenen Fürsorger ermittelt werden könnten, ärztliche Angelegenheiten aber in zu geringem Maße in Frage kamen.

Personal.

Mignot und **Marchand** (186) haben für das Irrenpersonal ein Lehrbuch verfaßt, dem von Sérieux und Toulouse eine warme Empfehlung mit auf dem Weg gegeben ist. Recht ausführlich wird alles, was für den Wärter wissenswert ist, behandelt. Dabei werden auch besondere Verhältnisse in Betracht gezogen, z. B. wie der Wärter sich bei einer Feuersbrunst zu verhalten hat, wie er bei Anfällen der Kranken, bei Selbmordversuchen usw. sich zu verhalten hat.

Schröder (246) legt als Mitglied einer Kommission, die vom Deutschen Verein für Psychiatrie beauftragt ist, alle 5 Jahre statistische Zusammenstellungen der Gehalts- und Anstellungsverhältnisse der Anstaltsärzte zu machen und zu veröffentlichen, die erste Zusammenstellung vor, welche sämtliche Anstalten — die Landes- und die städtischen Anstalten — des Deutschen Reiches in Betracht zieht. Ein näheres Eingehen auf diese für die Interessenten willkommene Arbeit ist nicht möglich. Es sei nur angeführt, daß das Höchsteinkommen der dirigierenden Ärzte zwischen 6000 M. (Sachsen-Weimar) und 13000 M. (Hamburg) schwankt.

Kerris (131) gibt eine Anleitung zum Unterricht für Pflege über den Umgang mit Verwirrten. Es kann durch die geeignete Art des Pflegers gelingen, bei Verwirrtheit den Wegfall schwerer Erregungszustände zu erzielen. Um das Milieu ruhig und friedlich zu gestalten, ist es zweckmäßig, das Pflegepersonal gründlich im Kursus zu schulen. Pfleger, bei denen immer wieder Erregungsausbrüche vorkommen, sind in Spezialschulung zu nehmen.

Marie (170) schlägt eine andere Teilung des ärztlichen Anstaltsdienstes vor. Die Dauer des Dienstes als Assistenzarzt soll auf 2 Jahre beschränkt werden. Alsdann ist dem Arzte eine selbständige Stellung im Anstaltsdienst zu gewähren.

Marie (171) tritt für eine Neuorganisation der französischen Irrenanstalten ein und empfiehlt u. a. einen Wegfall der Unterscheidung von „médecins en chef" et „médecins adjoints" und deren Gleichstellung.

(Loewy.)

Scholz (242): Der Leitfaden für Irrenpfleger liegt in der neunten Auflage vor. Bekanntlich ist er vom Deutschen Verein für Psychiatrie preisgekrönt. Das Büchlein erfreut sich mit Recht seit Jahren einer großen Verbreitung, so daß die Erwähnung der neuen Auflage, die grundlegende Änderungen nicht erfahren hat, aber in allen Teilen durchgesehen und ergänzt ist, an dieser Stelle genügen möge.

Ergänzungsreferate.

Ref.: Dr. Erwin Kristeller-Berlin.

I. Allgemeine pathologische Anatomie der Elemente des Nervensystems.

(Literaturverzeichnis siehe p. 419—423.)

In dem vierbändigen, großzügig angelegten Handbuche **Cornil**'s und **Ranvier**'s (24) haben Gombault und Philippe einen ausführlichen, die allgemeine Pathologie des Nervensystems behandelnden Abschnitt gebracht. Gombault und Riche behandelten die pathologische Histologie des Gehirns, Nageotte und Riche die des übrigen Zentralnervensystems. Durante diejenige der peripheren Nerven, im ganzen auf über 1000 Seiten. Die erschöpfende Darstellung wird durch eine große Anzahl von schwarz-weißen, teils rein schematischen Holzschnitten nicht ganz ausreichend unterstützt.

Goerke (33) gibt eine kurze zusammenfassende Übersicht einiger kürzlich erschienener Arbeiten über die Trennung der kadaverösen Veränderungen des Ohrlabyrinthes von pathologischen Befunden. Die Ausdehnung der Leichenveränderungen ist nicht nur vom Zeitpunkte der Konservierung abhängig, sondern auch von der Art des Eindringens der Konservierungsflüssigkeit. Bei den nur langsam eindringenden Lösungen dringt nämlich das Konservierungsmittel, aufgehalten durch die bereits koagulierten Randpartien des Präparates in so schwacher Konzentration zum Kern des Stückes vor, daß es zunächst auf die noch überlebenden Zellen, ohne sie zu fixieren, einen Reiz ausübt, der eine Reihe von Veränderungen hervorruft (agonale Veränderungen). Eine große Anzahl von Veränderungen, die als sichere pathologische Befunde beim Menschen beschrieben wurden, sind in einer ausführlichen Zusammenstellung von Brühl unter die Leichenerscheinungen verwiesen worden. Andere Autoren prüften das Fortschreiten des Verwesungsprozesses an Tieren, deren Labyrinth in bestimmten Zeiträumen nach erfolgter Tötung konserviert wurde

Knick (42) durchschnitt intradural bei Meerschweinchen den Akustikus und studierte den Verlauf der hierauf folgenden Veränderungen des Labyrinthes an Serienschnitten. Der größte Teil der Veränderungen erwies sich nun zwar als durch die gleichzeitig gesetzten Gefäßverletzungen bedingt, so z. B. Zugrundegehen der Epithelien, Zerfall der Nervenfasern, und entsprach im allgemeinen den Befunden bei Gefäßerkrankungen beim Menschen (Frakturen, Arteriosklerose, Lues). Dagegen rief die Verletzung der Vestibularisfasern — wie dies nach dem Wallerschen Gesetz bei einer supraganglionären Durchschneidung erwartet werden mußte — keine absteigende Degeneration des peripherischen Nervenabschnittes hervor, während beim Nervus cochlearis die Verhältnisse insofern verwickelter liegen, als eine Atrophie desselben nach Verletzungen des Akustikusstammes eintreten kann.

Michailow (62) hatte Gelegenheit, während der Choleraepidemie des Jahres 1908 bei acht Choleraleichen mittels der gebräuchlichen neurologisch-histologischen Methoden das Zentralnervensystem, lebenswarm fixiert, zu untersuchen. Er fand, je nach der Dauer des Krankheitsverlaufes, mehr oder weniger ausgebreitete Degenerationsprozesse über das ganze Zentralnervensystem verstreut, und zwar besonders Degeneration der Nervenfasern im Rückenmark und in den Rückenmarkswurzeln, die sich nach dem Typus sowohl der primären, als auch der sekundären Degeneration vollziehen kann. Am meisten typisch ist die Degeneration der Nervenfasern im neurogliösen Teil der Rückenmarkswurzeln.



Nakaizumi (68) beobachtete bei Karzinomkachexie charakteristische Netzhautveränderungen, die ophthalmoskopisch in zahlreichen, um die Papille gruppierten, rundlichen bis strichförmigen grauweißen Herden bestanden. Mikroskopisch zeigten sich diese Knötchen auf die Nervenfaserschicht der Netzhaut beschränkt; sie bestanden aus varikös geschwollenen Nervenfasern von sehr variabler Gestalt und enthielten große Mengen von fettähnlichen Substanzen in Tröpfchenform. Nach ihrem mikrochemischen Verhalten erwiesen sich diese als Cholesterinester, Phosphatide und Cholesteringemische. Neben diesen Veränderungen fanden sich in der Nervenfaserschicht kleine umschriebene Blutungen. Die Befunde sind also im wesentlichen dieselben, wie die bei anderen hochgradigen Anämien erhobenen und für diese charakteristisch, die Einlagerung der Lipoidsubstanzen erfolgt wahrscheinlich in den letzten Stadien der Kachexie vielleicht durch Lipämie.

Rühle (76) fand bei den beiden von ihm verwendeten Hunden, welche 450 bzw. 250 g Methylalkohol per os erhalten hatten und nach 38 bzw. 18 Stunden starben, außer starker Hyperämie der Brust- und Baucheingeweide, Hyperämie des Gehirns und leichte Veränderungen der Ganglienzellen, charakteristische Alterationen in der Nervensubstanz der Brücke und des verlängerten Markes. Diese Veränderungen bestanden im wesentlichen in sehr ausgedehnten, um kleine Gefäße und Kapillaren angeordnete Blutungen, die teils zwischen die Markfaserung, teils zwischen Ganglienzellgruppen eingelagert waren und sich besonders im Kerngebiet des Vagus, Vestibularis und Akustikus fanden. Als Vorläufer derartiger Blutungen fanden sich einzelne Leukozytenansammlungen, während in den bereits entwickelten Blutungsherden Leukozyten fehlten. In den Gefäßendothelien fanden sich massenhaft lipoide Substanzen.

In 100 Fällen untersuchte **Sakai** (77) die Arachnoidea auf das Vorkommen pathologischer Veränderungen. Veränderungen an den Endothelzellen waren, da es sich um Sektionsmaterial handelte, nicht einwandfrei nachweisbar. Das Vorkommen von Corpora arenacea, Verkalkung von Bindegewebselementen, das Vorkommen freier Blutungen sowie von sogenannten „Kanalbildungen“, welche wahrscheinlich durch Schwund von Bindegewebsbälkchen entstehen, konnte bestätigt werden. Eine große Bedeutung kommt der Arachnoidea jedenfalls für die Pathologie nicht zu, insbesondere konnte aus keinem der Befunde auf das Existieren einer „Arachnitis circumscripta“ geschlossen werden.

Thulin's (84) Untersuchungen erstrecken sich auf die Muskeldegenerationen, welche in der Flügelmuskulatur des Thorax bei der Libelle auftreten, und zwar als die Folge des Stiches einer Raubfliege (Laphria). Er unterscheidet einzelne Phasen der Degeneration, welche er in allen histologischen Details genau beschreibt. Besonders muß hervorgehoben werden, daß gewöhnlich zuerst das Endoplasma und erst später das Ektoplasma degeneriert.

Willson (86) schildert einen Fall von perniziöser Anämie bei einer 43jährigen Frau, kombiniert mit sklerotischen Veränderungen im Rückenmark, die besonders die Hinterstränge des Lumbalmarks betrafen und klinisch das Bild einer Tabes dorsalis veranlaßten. Histologisch fanden sich auch in der grauen Substanz vakuolär-degenerierte Ganglienzellen.

Nach der Anamnese meint Verf., diese Veränderungen auf seit der Kindheit bei der Patientin mit geringen Schwankungen dauernd aufgetretene Verdauungsstörungen zurückführen zu können, und zwar unter Vermittlung einer durch diese Verdauungsstörungen hervorgerufenen Toxämie. Eine bei der Patientin wahrscheinlich vorhandene Syphilis ist vielleicht ebenfalls ätiologisch beteiligt.



II. Poliomyelitis anterior acuta.

(Literaturverzeichnis siehe p. 768—773.)

Clark (20) ging von der Erwägung aus, daß Epinephrin durch seine gefäßverengernde Wirkung imstande sei, entzündungsbeschränkend zu wirken. Er behandelte daher Affen, welche zuvor mit einem hochvirulenten Poliomyelitismaterial infiziert worden waren und völlig gelähmt, benommen und moribund im Käfig lagen, mit subduralen Injektionen von Epinephrin. Es gelang ihm aber in keinem Falle, einen Affen am Leben zu erhalten, dagegen meint er, eine zweifellose Lebensverlängerung für mehrere Stunden bis Tage in den meisten Fällen erzielt zu haben. Wiedererwachen des Bewußtseins, Hebung des Muskeltonus und der Sehnenreflexe wurden beobachtet.

Espine (31) beobachtete einen Fall von Poliomyelitis ant. acuta bei einem zweijährigen Kinde, der insofern der Diagnose Schwierigkeiten in den Weg stellte, als die Lähmung sich auf die Muskulatur des Schultergürtels und in geringerem Grade diejenigen beider Arme beschränkte, während die Beinmuskeln fast völlig frei waren. Es bestanden außerdem erhöhte Patellarreflexe, und die betroffenen Muskeln zeigten normale elektrische Reaktion. Trotz dieser, übrigens bei zweifellosen Fällen von Poliomyelitis bereits beobachteter Umstände wurde die Diagnose durch den Verlauf gesichert (akuter, fieberhafter Beginn, fortschreitende Besserung unter Elektrisierung und Massage).

Freedman (39) gibt eine sehr übersichtliche, kurze Zusammenfassung alles dessen, was über die Geschichte, Pathologie und Symptomatologie, über die Ätiologie und die experimentelle Übertragbarkeit auf Affen, sowie über die Immunität, Prophylaxe und Therapie der akuten Poliomyelitis anterior, der Heine-Medinschen Krankheit, bekannt ist, ohne etwas wesentlich Neues dabei zu bringen.

Langhorst (83) ist der Meinung, daß als Überträger des Poliomyelitisvirus außer den bereits von verschiedenen Seiten verantwortlich gemachten Insekten auch andere Tiere in Betracht kommen können, und führt hierzu zwei eigene Beobachtungen an, in denen ein Mensch 2—3 Wochen, nachdem er von einem Hunde gekratzt oder gebissen worden war, an akuter, typischer Poliomyelitis ant. erkrankte, die zu schweren Lähmungen führte. In einem Falle soll der Hund ebenfalls vorher krank und an den Hinterbeinen gelähmt gewesen sein.

Lundsgaard (95) hatte Gelegenheit, in 5 Fällen, die er trotz ihres abortiven Verlaufes für endemische Poliomyelitis-Erkrankungen hält, Augenmuskellähmungen, und zwar zumeist Abduzens- und in einem Teil der Fälle auch Okulomotoriusparalysen, zu beobachten. Ähnliche Fälle sind wiederholt, besonders von Wickmann beschrieben worden.

Skoog (137) möchte Fälle von Poliomyelitis acuta, bei denen nicht nur die Vorderhörner, sondern der ganze Querschnitt des Rückenmarkes mehr oder weniger ausgebreitet befallen ist, mit der im Titel angeführten Bezeichnung belegen. Er erörtert dies an einem sehr instruktiven Falle, der sowohl klinisch als Myelitis verlief, als auch anatomisch bestätigt werden konnte.

Die Arbeit **Manning**'s (156) schildert in mustergültiger Ausführlichkeit und Vollständigkeit die Symptomatologie des akuten Stadiums der Poliomyelitis, z. T. unter Einfügung eigner Fälle. Alle Abweichungen vom gewöhnlichen Verlauf werden genau diskutiert. Die einzelnen Typen der Verlaufsformen werden folgendermaßen eingeteilt:

1. Abortiver Typ.
2. Spinal-myelitischer Typ.



3. Typ der akuten aszendierenden oder deszendierenden Spinalparalyse.
4. Typ der akuten Bulbärparalyse.
5. Enzephalitischer Typ.
6. Meningitischer Typ.
7. Neuritischer Typ.
8. Perakuter, rapid zum Tode führender Typ.

Williams (166) bringt die Krankengeschichten einer Anzahl atypisch verlaufener Fälle von Poliomyelitis eigner Beobachtung. Bemerkenswert sind unter anderem ein mit den Symptomen einer akuten Meningitis verlaufener Fall, ein Fall von bulbärer Poliomyelitis, ein Fall, der die Symptome der Myelitis transversa lumbalis bot, Fälle mit ungewöhnlich verlängerter Inkubationszeit und langsamem Einsetzen der Symptome, Neuritis vortäuschende Fälle, usw.

III. Krankheiten der peripherischen Nerven.

(Literaturverzeichnis siehe p. 795—803.)

Barker und **Estes** (13) berichten ausführlich über ein 18jähriges Mädchen, das neben Basedowsymptomen häufig wiederkehrende epileptiforme Krampfanfälle zeigte. In der anfallsfreien Zeit wurde fast regelmäßig Hämatoporphyrinurie bei ihr beobachtet. Hierzu kamen starke dauernde Schmerzen im Leib und in den Gliedern; es entwickelte sich in der Beobachtungszeit eine typische Polyneuritis mit Verschwinden der Sehnenreflexe und ausgedehnten Atrophien.

Die Autopsie der später an Entkräftung gestorbenen Patientin ergab eine mäßige Struma und vor allem eine gewaltige Dilatation des Magens und Duodenums ohne ein mechanisches Hindernis.

Die Verff. sind der Meinung, daß in diesem Syndrom die Magendilatation das primäre Leiden darstellt, und daß sekundär durch die infolge der Stagnation des Mageninhaltes eingetretene Autointoxikation die Hämatoporphyrinurie und die Polyneuritis entstanden, während die Basedowerkrankung mit diesem Symptomenkomplex in keinem kausalen Zusammenhang steht.

Die beiden Geschwister der Kranken boten ganz ähnliche Krankheitsbilder: die eine, bereits früher gestorbene Schwester soll auch einen entsprechenden Obduktionsbefund ergeben haben.

Mehrere ähnliche Fälle anderer Autoren werden erwähnt.

Campbell (31) berichtet über drei Fälle von Fraktur des Kahnbeins, bei denen es infolge der während des Unfalles stattgehabten Überextension zu einer Anspießung oder sonstigen Mitbeteiligung des Nervus medianus gekommen war, die sich klinisch in Parästhesien und Sensibilitätsstörungen im Bereich des Daumens und Zeigefingers kundgab.

In Form eines kritischen Sammelreferates bespricht **Külz** (122) die hauptsächlichsten neueren Arbeiten zur Ätiologie der Beriberi. Er stellt sich auf Seite derer, die eine alimentäre Ursache annehmen. Die durch Fütterung mit enthülstem Reis experimentell hervorgerufene Polyneuritis bei Tauben, Vögeln und auch bei Säugetieren entspricht genau der menschlichen Beriberi. Die Schaumannsche Hypothese ist die bisher am besten begründete, daß nämlich die Wirkung der Reisfütterung auf dem völligen Fehlen von organischen Phosphorverbindungen beruhe; denn auch Fütterung mit phosphorfrei gemachtem Fleisch führte bei Versuchstieren zu Polyneuritis.

Die Anhänger der Infektionstheorie haben bisher weder einen Erreger gefunden, den man mit Sicherheit verantwortlich machen könnte, noch die Schaumannschen Versuche zu widerlegen vermocht.



Lewin (130) beschreibt einen Fall von peripherer Fazialislähmung beim Pferd. Entstanden durch die Angewohnheit des Pferdes, seinen Stallhalfter abzustreifen, bot die Lähmung ein der menschlichen entsprechenden Erkrankung völlig analoges Bild. Heilung trat unter Strychnin- und Veratrinbehandlung und Elektrisierung nach $3^1/_2$ Monaten ein.

Bei einem Kranken mit chronischem Nasenkatarrh beobachtete **Lubet-Barbon** (134) anschließend an häufige, vom Patienten selbst ausgeführte Nasenspülungen das Entstehen einer einseitigen peripheren Fazialislähmung, zustande gekommen, wie sich anamnestisch ergab, durch eine infolge der Nasenspülungen entstandene Otitis media.

An der Hand eines umfangreichen Beobachtungsmateriales, über welches genau berichtet wird, möchte **Mirowsky** (148) die Fälle von Beschäftigungslähmungen in folgende vier Gruppen einteilen:

1. Durch direkte traumatische Einwirkungen (Druck, Zug, Schlag usw.) zustande gekommene Lähmungen. Hierzu gehören z. B. die Rübenzieherlähmungen.

2. Durch Beschäftigung mit giftigen Stoffen (Blei, Arsen, Schwefelkohlenstoff usw.) hervorgerufene Lähmungen, wobei die Beschäftigung noch durch die Art der Inanspruchnahme der Muskeln lokalisierend auf die Lähmung wirken kann.

3. Beschäftigungsparesen in engerem Sinne, die durch einseitige Überanstrengung bestimmter Muskelgruppen und Nervengebiete zustande kommen.

4. Infolge einer nicht gewerblichen Noxe, z. B. Alkoholismus oder Infektion, aufgetretene Lähmungen, für deren Lokalisation aber die Beschäftigung des Patienten von erheblicher Bedeutung ist.

Roure (178) konnte bei einem Manne mit doppelseitiger Rekurrenzlähmung, welcher gleichzeitig eitrige Sputumballen entleerte, durch Ösophagoskopie eine periösophageale Eiterung konstatieren, nach deren breiter Eröffnung und Spaltung des Abszesses unter Führung des Ösophagoskopes und nach Ätzung der Geschwürsstelle unter gleichzeitiger Elektrargoltherapie Ausheilung des Prozesses und vollständige Wiederkehr der Sprache erfolgte.

Thomas (210) bespricht im Rahmen eines zusammenfassenden Vortrages die Bedeutung der Schulterverletzungen für das Zustandekommen der bereits im Titel aufgeführten Zustände.

Tommasi (214) hat einen Fall beobachtet, den er seiner überaus klaren Ätiologie wegen berichtet. Der betreffende Kranke bekam genau zwei Tage nach einer starken Erkältung eine Hemiplegia facialis und nach weiteren drei Tagen, innerhalb deren sich diese Fazialislähmung vollständig auf alle drei Äste erstreckte, eine Akustikuslähmung mit besonders hochgradiger Gehörsstörung auf der Seite, auf der die Fazialiserkrankung aufgetreten war. Auf dieser Seite war auch die Geschmacksempfindung auf den vorderen zwei Dritteln der Zunge erloschen. Andere ätiologische Momente, vor allem Syphilis, waren auszuschließen. Die Besserung trat nach ca. fünf Monaten ein.

Wagenen (216) teilt einen Fall mit, in welchem es zu einer isolierten Lähmung des Adduktor des linken Stimmbandes gekommen war, bei gut erhaltener Abduktionsfähigkeit. Röntgenologisch ließ sich ein intrathorakaler Tumor feststellen, so daß sich als Erklärung dieser isolierten Adduktorlähmung vermuten läßt, daß durch diesen Tumor nur die — bekanntlich im Nervus recurrens in einem präparatorisch isolierbaren Bündel gemeinschaftlich verlaufenden — den Adduktor innervierenden Fasern des linken Recurrens komprimiert worden waren.



IV. Epilepsie, Konvulsionen, Tetanus, Eklampsie.

(Literaturverzeichnis siehe p. 843—851.)

Bei den funktionellen Krämpfen der Kinder unterscheidet **Birk** (19) zwischen den spasmophilen und den epileptischen Krämpfen. Wie jahrelange Weiterbeobachtungen an einem Material von 60 spasmophilen Kindern zeigen, sind diese keineswegs für Epilepsie im späteren Leben disponiert. Vielmehr pflegen die spasmophilen Krämpfe stets definitiv aufzuhören, dagegen zeigten ca. $^2/_3$ der betreffenden Kinder später nervöse und intellektuelle Störungen verschiedenen Grades.

Demgegenüber geben die epileptischen Krämpfe, welche als solche auch schon im Säuglingsalter, wenn auch weit seltener, auftreten und ein völlig anderes klinisches Bild darbieten, eine viel schlechtere Prognose, indem sie wohl ausnahmslos während des ganzen späteren Lebens bestehen bleiben.

In mehreren Fällen beobachtete **Brush** (24) im Anschluß an regelmäßig wiederkehrende postmenstruelle Verdauungsstörungen (Obstipation, Leibschmerzen, Appetitlosigkeit) ebenso regelmäßig auftretende Krampfanfälle, die in ihrem Verlauf dem Typus der epileptischen entsprachen.

Die Zusammenstellung **Chauvet**'s (29) gibt einen kurzen Abriß der wesentlichsten Tatsachen über Pathogenese, Ätiologie, Symptomatologie und Diagnose sowie der Behandlung der Jacksonschen Rindenepilepsie und beschränkt sich demgemäß im wesentlichsten auf Bekanntes.

Clark (31) resumiert ungefähr folgendermaßen:

Die genuine Epilepsie scheint von gewissen unbekannten und komplexen hereditär-konstitutionellen Faktoren abhängig zu sein, die eine Art von kortikaler und subkortikaler Instabilität hervorrufen, auf welche dann irgendeine Art endogener Toxine einwirken muß, um die Krankheit hervorzurufen.

Der Krampf ist nur der Ausdruck einer Reflexäußerung der Krankheit und sollte daher nicht als solcher so energisch mit sedativen Mitteln bekämpft werden. Vielmehr vernachlässige man die sedative Behandlung so lange, als man noch einen Einfluß auf die eigentliche pathogenetische Entwicklung des Prozesses haben zu können meint.

Cruchet (35) gibt einen Beitrag zur Frage der kindlichen Epilepsie, indem er zunächst die Erscheinungsformen der Epilepsie des Kindes mit denen beim Erwachsenen vergleicht. Grand mal sowie petit mal kommen in ganz gleicher Weise bei Kindern vor; die psychischen Äquivalente, welche ebenfalls bei Kindern beobachtet werden, sind auch hier nur dann als epileptische mit Sicherheit diagnostizierbar, wenn sie sich bei epileptischen Individuen finden und auf Brombehandlung reagieren. Bezüglich der differentialdiagnostischen Abgrenzung gegen die sogenannten „Kinderkrämpfe" ist der Verf. der Ansicht, daß weder die Ätiologie noch die Symptomatologie verläßliche Unterscheidungsmittel gewähre, sondern daß allein der Verlauf entscheidend sei.

Frazier (46) kommt an Hand eines Materialis von 63 Fällen, von denen er 53 operierte, zu den folgenden Erfahrungen:

Operatives Eingreifen ist indiziert

1. in allen Fällen traumatischer Epilepsie mit äußerlich sichtbarer Verletzungsstelle,

2. in allen den Fällen von traumatischer Epilepsie ohne äußerlich sichtbare Verletzungsstelle, in denen die Art der Anfälle auf den Sitz der Läsion hinweist,

3. in allen Fällen von Jacksonscher Epilepsie, auch wenn sie nicht traumatischen Ursprunges sind,



4. in allen Fällen von gewöhnlicher Epilepsie, wenn irgendeine klinische Tatsache auf eine Lokalisation hindeutet.

Der Verf. erzielte in 10—25 % seiner Fälle zufriedenstellende Resultate. Es handelte sich zumeist um verschiedenste Formen von Ausheilungs- und Vernarbungsstörungen nach Schädeltraumen, bei intrakraniellen Blutungen, chronischer Meningitis usw.

Kempner (63) untersuchte die Schwankungen der Stickstoffausscheidung bei Krampfanfällen verschiedenster Ätiologie, (6 Epileptiker, 2 progressive Paralysen, 1 multiple Sklerose und ein Fall von agonalen Krampfanfällen bei Tumorkachexie) und beobachtete eine vermehrte Ausscheidung formoltitrierbaren Harnstickstoffes nicht nur an den Anfallstagen kurz nach den Anfällen, sondern häufig auch in beträchtlicher Stärke präparoxysmal, ja auch in völliger zeitlicher Unabhängigkeit von den Krampfanfällen. Während man für das postparoxysmale Auftreten größerer Stickstoffmengen die Oxydationsstörung und gesteigerte Muskeltätigkeit verantwortlich machen kann, ist in den anderen beiden Fällen die Stickstoffvermehrung bisher unerklärbar.

v. Malaisé (79) erörtert in einer lediglich im Rahmen eines Vortrages gehaltenen Übersicht die verschiedenen Prozesse, wie z. B. raumbeschränkende, in der Regio Rolandi oder dem subkortikalen Gebiet dieser Gegend lokalisierte Prozesse, wie Neubildungen, Gummata usw., Meningitis syphilitica, Paralysis progressiva, ferner traumatische Affektionen verschiedener Art, die genuine Epilepsie usw., die alle zu halbseitigen Krämpfen führen können, und bespricht die Grenzen der Möglichkeit ihrer differentialdiagnostischen Unterscheidung.

Marchand (81) betont, daß man bei dem Streit um das Wesen der Krämpfe im Kindesalter daran festhalten müsse, daß es sich um eine Reihe gänzlich verschiedenartiger Affektionen handelt, im Verlaufe derer symptomatisch Krampfanfälle auftreten können. So erklären sich die auffallenden Verschiedenheiten der von den einzelnen Autoren veröffentlichten Statistiken. Abgesehen von den naturgemäß abzusondernden Krämpfen bei Urämie, Diabetes usw. muß man alle diejenigen Krämpfe, welche im Gefolge akuter Infektionskrankheiten, bei der Dentition u. a. auftreten und einer vorübergehenden Hyperämie des Gehirns ihre Entstehung verdanken, scharf von solchen Krämpfen unterscheiden, denen eine akute Affektion des Gehirns und seiner Häute zugrunde liegt.

Berücksichtigt man alles dieses, so bleibt eine nur geringe Zahl von Fällen echter angeborener genuiner Epilepsie im Kindesalter übrig, die man nur nach Ausschluß aller genannten anderen Ursachen diagnostizieren darf.

Mc Dougall (85) bringt die Mitteilung eines Falles, in dem — es handelte sich um ein 17jähriges Mädchen — das Auftreten einer Folge von 12 Anfällen in einem Zeitraum von im ganzen 15 Minuten beobachtet wurde. Die Atmung und Herztätigkeit war während dieser Anfallgruppe nicht verändert, die einzelnen Anfälle waren sehr kurz und bestanden in tonischen allgemeinen Krämpfen. Obgleich sie auf Reize nicht reagierte und der Kornealreflex nur in den Intervallen zwischen den Anfällen auslösbar war, war das Bewußtsein doch offenbar teilweise erhalten. Der Verf. faßt diese Krämpfe, obgleich es sich um ein epileptisches Individuum handelt, das sonst monatlich 2—3 mal seine typischen epileptischen Anfälle bekam, als hysterische auf.

Savage (114) faßt seine Erfahrungen über den Zusammenhang von Krampfanfällen mit Hirnerkrankungen in einem Vortrage kurz zusammen. Er betont vor allem, daß alle die gemeinhin mit Epilepsie bezeichneten Fälle durchaus keine einheitliche Gruppe darstellen, sondern verschiedenster Natur sein können. Krämpfe und Hirnaffektionen bei chronischem Alkoholismus,



die Krampfanfälle bei der progressiven Paralyse, Krämpfe im Zusammenhang mit apoplektischen Insulten und andere, seltenere Kombinationen werden beschrieben.

Smith (121) führt den Fall eines $8^1/_2$ jährigen Mädchens an, bei welchem während der klinischen Beobachtung in den $4^1/_2$ letzten Tagen vor dem Exitus im Ganzen 1649 große epileptische Anfälle beobachtet wurden. Die höchste Zahl betrug an einem der letzten Tage 573 Krampfanfälle. An den vorhergehenden Tagen hatte die Zahl der Anfälle, von Tag zu Tag steigend, 1, 6, 5, 11, 43 betragen. Aus der Krankengeschichte sei ferner erwähnt, daß keine erbliche Belastung berichtet wird. Das Kind war gut genährt, es bestand eine leichte Myokarditis.

Tsiminakis und **Zographides** (137) teilen eine Reihe von Beachtungen mit, welche zeigen, daß viele der Epilepsiefälle im Kindesalter Reflexepilepsien sind und durch das Vorhandensein adenoider Vegetationen im Rachen und durch Hypertrophien der Gaumenmandeln ausgelöst werden. In allen acht berichteten Fällen gingen nach Entfernung der Mandeln die Anfälle an Zahl zurück oder hörten gänzlich auf.

Der Fall, über den **Wilczek** (145) berichtet, betrifft einen Wallach, ein sehr temperamentvolles Reitpferd, welches infolge angestrengtesten Ankämpfens gegen eine sehr energische, während des Hufbeschlages angelegte Fesselung einen halbstündigen Krampfanfall mit Bewußtseinsverlust, Reflexlosigkeit und allgemeinen, kranial-kaudalwärts ablaufenden klonischen Krampfbewegungen bekam. Nach einer Stunde, als es wieder zu sich gekommen war, konnte — während alle anderen Symptome völlig zurückgingen — eine vollständige Amaurose festgestellt werden. Da ophthalmoskopisch jede Veränderung fehlte, mußte die Erblindung auf eine während des Krampfanfalles zustandgekommene Hirnblutung, vielleicht in der Gegend des Sehzentrums, zurückgeführt werden. Später stellte sich auf dem rechten Auge das Sehvermögen wieder ein, während das andere Auge phthisisch wurde und im Augenspiegelbilde Anämie der Netzhautgefäße und Atrophie der Papille erkennen ließ.

Wyler (147) berichtet den Fall eines 23jährigen, im übrigen völlig gesunden Mannes, der, ohne in der Anamnese irgendwelche belastenden Momente zu bieten, seit $1^1/_2$ Jahren an Anfällen litt, die in der letzten Zeit alle drei bis vier Tage sich wiederholten, ohne Aura einsetzten und ungefähr 15—30 Minuten lang dauerten. Es bestand stets völlige Amnesie. Durch Überanstrengung der Augen beim Lesen oder Arbeiten sollten nach Angabe die Anfälle leichter und häufiger auftreten.

Nach Korrektion einer geringen Refraktionsanomalie der im übrigen gesunden Augen des Patienten durch ein Glas von 0,5 D. gelang es, die Anfälle vollständig zu unterdrücken, so daß sich der Patient seither völlig wohl befindet.

Zesas (149) fügt zu den 54 aus der Literatur sehr sorgfältig zusammengetragenen Beobachtungen über Krampfanfälle bei oder nach Pleuraeingriffen (Punktion, Injektion, Empyemoperation) eine eigene neue hinzu, bei der nach Entleerung von 150 ccm hämorrhagischen, durch einen primären Lungentumor hervorgerufenen Exsudates ein einmaliger Krampfanfall mit Bewußtseinsverlust und vollkommener Amnesie auftrat. Hochgradige Zyanose und tetanische Starre der Extremitäten dauerten über 15 Minuten lang an, der Puls war kaum fühlbar.

Zur Erklärung solcher Zufälle verwirft Zesas alle Theorien, welche eine toxische Wirkung der injizierten Medikamente, eine Zirkulationsstörung durch das Ablassen der Flüssigkeitsmenge, embolische Prozesse in den Lungen-



oder Gehirngefäßen berücksichtigen. Vielmehr spricht das Gros der am Menschen gesammelten Erfahrungen und vor allem das Tierexperiment, in dem man durch Vagusreizung ganz ähnliche epileptoide Krämpfe hervorrufen kann, und andererseits durch vorangegangene Durchschneidung des N. vagus das Auftreten von Konvulsionen nach Pleurareizung verhindern kann, für die vom Verf. aufgestellte Reflextheorie. Die Krämpfe kommen danach infolge direkter Reizung der bekanntlich in der Pleura sehr reichlich vorhandenen Nervenendapparate (Vater-Pacinische und Golgi-Mazzonische Körperchen) durch die Tätigkeit des Nervus vagus zustande.

Benthin (157), der schon nach früheren Untersuchungen zu dem Ergebnis gekommen war, daß der erhöhte Blutzuckergehalt während der Geburt eine Folge der angestrengten Muskeltätigkeit sei, ist bestrebt, denselben Nachweis auch für die Hyperglykämie bei Eklamptischen zu führen. Bestimmungen des Zuckergehaltes des Blutes in 10 Fällen von Eklampsie wiesen, je nachdem die Blutentnahme während der Anfälle oder einige Zeit nach denselben erfolgt war, mehr oder weniger hohe Werte auf. Was dort durch die Uteruskontraktionen bewirkt wird, ist also hier eine Folge der heftigen Muskelaktion im Krampfanfall. Den Einfluß eventuell applizierter Narkotika, des Grades der bestehenden Nephritis und der Blutdruckschwankungen konnte der Verf. in den betreffenden Fällen sicher ausschließen.

Croom (161) hat die während eines Zeitraumes von 22 Jahren im Edingburgh-Maternity-Hospital beobachteten 238 Eklampsiefälle nach den verschiedensten Gesichtspunkten geordnet und zieht aus diesem statistischen Material u. A. folgende Schlüsse: Die Zahl der Eklampsiefälle hat seit dem Jahre 1899 stetig absolut zugenommen, dagegen ist die Mortalität in ständigem Sinken begriffen. Als ätiologischer Faktor ist der Wechsel der Jahreszeiten ohne jegliche Bedeutung, und die Differenz in der Zahl der Fälle zu den verschiedenen Zeiten des Jahres beruht tatsächlich wohl nur auf plötzlichen Temperaturstürzen und Niederschlagsänderungen.

Davis (163) ist auf Grund zahlreicher Erfahrungen und zwölf eigener ausführlich berichteter Fälle der Meinung, daß die Toxämie und Eklampsie der Mutter die Kinder höchst ungünstig beeinflußt, und daß alle die Kinder, welche unter Ikterus, Neigung zu Krämpfen, nicht infektiöser Temperatursteigerung mit stets wachsendem Marasmus kurz nach der Geburt oder wenige Tage später zugrunde gehen, diese Schwächlichkeit und Hinfälligkeit einer Toxinämie der Mutter verdanken, sei es daß diese Toxinämie bei letzterer zum Ausbruch von eklamptischen Erscheinungen oder einer richtigen Eklampsie geführt hat oder nicht. Die Erkennung solcher Kinder bzw. ihrer Mütter ist für die Therapie, welche die schleunige Ausscheidung der toxämisch wirkenden Stoffe durch Darm und Nieren herbeiführen soll, auschlaggebend.

Doi (166) führte an einem großen Material fortlaufende Blutzählungen aus mit folgenden Ergebnissen:

Die Erythrozyten sind bei Schwangeren und Gebärenden vermindert, die Leukozyten dagegen deutlich vermehrt, besonders bei Erstgebärenden und bei Individuen mit mangelhafter Anlage. Nach der Geburt sind die Leukozyten vermindert und erreichen erst am fünften Wochenbettstage normale Werte. Eosinophile Zellen und Mastzellen sind vermindert oder fehlen gänzlich, das neutrophile Blutbild verschiebt sich nach links, besonders bei Schwangeren mit Schwangerschaftsniere oder mit Eklampsie. Die Blutplättchen vermehren sich entsprechend der Leukozytenzahl.

Dieses Verhalten des Blutbildes sieht Verf. als eine der Blutbildveränderung bei den Infektionskrankheiten analoge Erscheinung an und sucht es durch den Übertritt von toxinartig wirkenden Substanzen ins Blut zu erklären.



Engelmann (167) redet nach den Erfahrungen an der städtischen Frauenklinik zu Dortmund einer Therapie der Eklampsie das Wort, welche die Mitte hält zwischen der aktiven Entbindungstherapie und dem extrem konservativen Stroganoffschen Verfahren. Als wesentlichste Maßnahmen betrachtet er: Fernhaltung von Reizen, Chloroformnarkose, reichlichen Aderlaß mit nachfolgender Infusion, Chloralklysmen sowie Beschleunigung oder Einleitung der Geburt durch Blasensprengung oder Metreuryse. Bei derartigem Vorgehen ist seither die Mortalitätsziffer gegenüber den früheren Jahren auf die Hälfte gesunken.

Das Vorhandensein giftiger Substanzen im Harn und Serum Eklamptischer wies **Esch** (170) in zwei Fällen von Eklampsie nach, indem er Meerschweinchen mit den genannten Flüssigkeiten intrakardial injizierte. Die Krankheitserscheinungen bei den Meerschweinchen boten genau das Bild der anaphylaktischen Erscheinungen, und auch die Autopsie ergab die für diese charakteristischen Veränderungen. Das gleichzeitig mituntersuchte Fruchtwasser der beiden Eklampsiefälle erwies sich dagegen als völlig ungiftig. Diese Giftstoffe traten im Harn erst unmittelbar vor der Geburt auf und verschwanden wieder sehr bald im Wochenbett. Das Serumgift ist mit dem Harngift identisch. Irgendwelche Abhängigkeit der Harngiftigkeit von dem spez. Gewicht, dem Säuregrad, dem Eiweißgehalt des Urins konnte nicht festgestellt werden. Das Gift zeigte sich gegen mehrmaliges Aufkochen sehr widerstandsfähig, dagegen wurde es durch Aufbewahren nach recht kurzer Zeit schon zersetzt. Insofern verhielten sich die beiden Gifte jedoch verschieden, als das Überstehen eines Serumgiftchokes wohl gegen das Harngift schützte, das Harngift nicht aber vermochte, eine bestehende Serumanaphylaxie herabzusetzen. Auch erwies sich eine Mischung des giftigen Harns mit giftigem Serum oder mit normalem Serum als völlig ungiftig.

Alle diese Tatsachen möchte jedoch der Verf. nicht dazu verwenden, um die Unterbringung der unter die anaphylaktischen Prozesse zu befürworten. Vielmehr würde sich die Giftbildung sehr gut allein durch den bei der Eklampsie zustande kommenden parenteralen Zerfall von Eiweißstoffen erklären lassen.

Ferguson (172) ist ein entschiedener Gegner der Entbindungstherapie bei Eklamptischen. Er berichtet über drei Fälle, die bei vollkommen konservativer Behandlung, bestehend in heißen Packungen, Morphiumapplikation usw., prompt zur Heilung kamen. Es waren alle dreie Erstgebärende, die vor dem Einsetzen der Krämpfe noch nicht irgendwie behandelt worden waren. Nur eine von ihnen gab eine geringe Eiweißreaktion des Urins bis zum Aufhören der Krämpfe. Nach der Behandlung hörten in allen Fällen die Krämpfe völlig auf; auch während und nach der Geburt, die bei zweien lebende Kinder zur Welt beförderte, setzten keine Krämpfe mehr ein.

Healy und **Kastle** (182) betonen die weitgehende Ähnlichkeit der „Geburtskrämpfe des Rindes“ mit der menschlichen Eklampsie. Beim Rinde setzen die Erscheinungen zwar gewöhnlich erst nach der Geburt, und zwar besonders bei schwer milchenden Kühen ein, jedoch erstreckte sich die Ähnlichkeit auf alle Symptome des klinischen Verlaufes, wie Bewußtlosigkeit, Fieber, Krämpfe, Stocken der Urinsekretion bis zur völligen Anurie usw. Bei den drei von den Verff. untersuchten Fällen von Geburtskrämpfen des Rindes, die durchaus typisch verliefen, wurde der Harn genau analysiert und starke Eiweiß- und Zuckerausscheidung, Zylindrurie und beträchtlicher Leukozytengehalt gefunden. Eine pathologisch-anatomische Untersuchung konnte leider in keinem Falle gemacht werden, da alle drei Tiere genasen.



Die Verff. knüpfen an diese Untersuchungen die Bemerkung, daß bei der weitgehenden Analogie der Rinder- und der menschlichen Erkrankung man daran denken müßte, daß auch die menschlichen Eklampsiefälle durch mangelhafte Sekretion der Brustdrüsen und durch Giftbildung in diesem Organe bedingt seien.

Der von **Heinrichsdorff** (184) mitgeteilte Fall verlief unmittelbar nach der Geburt, ohne irgendein klinisches Symptom der Eklampsie geboten zu haben, unter dem Bilde einer akuten Herzschwäche rasch tödlich.

Die Sektion schien zuerst die klinische Diagnose zu bestätigen. Es fanden sich ein sehr schlechtes Herz und eine Leber, welche makroskopisch genau das Aussehen einer Stauungsleber hatte. Erst die histologische Untersuchung ergab, daß diesem makroskopischen Bilde Veränderungen zugrunde lagen, die mit Stauungsveränderungen nichts zu tun hatten. Sie bestanden im wesentlichen in ektatischer Ausbauchung der Kapillaren der peripheren Läppchenteile mit zahlreichen Fibrinthromben, verbunden mit den Zeichen soeben beginnender Nekrose ausgedehntester Leberzellpartien. Das Ungewöhnliche dieser im übrigen für die Eklampsie charakteristischen histologischen Veränderungen liegt also im wesentlichen in der gleichmäßigen Ausbreitung über die ganze Leber und der dadurch zustande kommenden Ähnlichkeit des Organs mit einer Muskatnußleber.

Heynemann (185) gibt eine kritische Literaturübersicht und eigene Untersuchnngen über das Verhalten des Stoffwechsels und im besonderen der Leberfunktionen während der Schwangerschaft.

Eine vermehrte Ausscheidung von Urobilin ist bisher nicht mit Sicherheit festgestellt.

Was den Kohlehydratstoffwechsel betrifft, so kann zunächst die gesteigerte Adrenalinglykosurie nicht für eine Funktionsstörung der Leber beweisend sein, sie kann vielmehr ebensogut eine Folge der Hypertrophie der Nebennieren und der Schilddrüse sein, die direkt oder indirekt durch Vermittlung des Nervensystems einwirkt.

Auch die Prüfung der alimentären Glykosurie ist nicht ausschlaggebend, da auch anderen Geweben des Körpers in weitgehendem Maße die Fähigkeit zukommt, Dextrose zu verarbeiten. Auch die Prüfung auf Galaktosurie ist unzweckmäßig, da Galaktosurie auch spontan während Schwangerschaft und Wochenbett auftritt. Ähnliches läßt sich gegen die Verwertung der Lävulosurie geltend machen, obgleich hier die Resultate weniger eindeutig sind.

Der Fettstoffwechsel ist während der Schwangerschaft erhöht.

Nicht verwertbar sind für die Annahme einer Funktionsstörung ferner die Prüfung der Zersetzung der Glyoxylsäure sowie der Glykuron- und Schwefelsäurepaarung.

Von Eiweißstoffen hat der Verf. selbst bei Schwangeren und Nichtschwangeren die Höhe der Kreatin- und Kreatininausscheidung geprüft (nach dem Folinschen Verfahren). Wenn sich auch eine Erhöhung der Kreatinausscheidung bei gesunden Schwangeren und bei Eklamptischen fand, so kann man danach doch nicht von einer Leberinsuffizienz sprechen, da bei den verschiedensten anderen Krankheiten ebenfalls und ohne Beteiligung der Leber die Kreatinausscheidung erhöht ist.

Nach alldem ist man nicht zur Aufstellung des Begriffs der „Schwangerschaftsleber" als einer regelmäßigen, typischen Funktionsstörung der Leber berechtigt, insbesondere ist ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Leber und Schwangerschaftstoxikosen sowie der Eklampsie nicht anzunehmen.



Die viel umstrittene Behauptung, daß sich Negrische Körperchen auch bei anderen Erkrankungen, als Lyssa, ja sogar in Gehirnen gesunder Tiere fänden, suchte **Jastrembsky** (249) an den Hirnen gesunder Katzen nachzuprüfen. Er untersuchte 19 Katzenhirne unter Anwendung einer Modifikation der Mannschen Färbung. In 6 Fällen fanden sich in den Ganglienzellen des Ammonshorns sehr kleine, rote Einschlüsse, jedoch stets ohne irgendwelche charakteristische innere Strukturen. Sie haben nach der Überzeugung des Verf. mit Negrikörperchen nichts zu tun, höchstwahrscheinlich gehören sie entweder zu den Zentrosomen der Nervenzellen, oder zu den protoplasmatischen Mikrosomen — metaplasmatischen Einschlüssen. Wirkliche Negrische Körperchen fanden sich niemals und sind sicher für die Hundswut allein charakteristisch.

Kiutsi (192) gelang es, durch vorsichtig vom Bindegewebe der Chorionzotten und von der Langhansschen Zellschicht abpräpariertes menschliches Synzytialgewebe ein präzipitierendes Immunserum beim Kaninchen zu gewinnen. Dieses Serum gab nur mit Synzytialgewebspreßsaft Präzipitation, reagierte dagegen nicht mit gewöhnlichem Menschenserum, Schwangerenserum, auch nicht mit dem Preßsaft der übrigen Zottenbestandteile. Er betrachtet es daher als ein spezifisches Organpräzipitin und legt ihm den Namen „Synzytiopräzipitin" bei. Da es auch mit den Preßsäften verschiedener Organe des mütterlichen Organismus (z. B. Uterusschleimhaut, Uterusmuskulatur, Aortenwand, Aortenintima) nicht reagierte, wohl aber mit Hodenextrakt und Ovarienextrakt schwach, mit Amnionextrakt sogar stark und schnell präzipitierte, so möchte der Verf. daraus auf eine Abstammung des Zottensynzytiums vom fötalen Ektoderma schließen.

Des weiteren erörtert der Verf. — ohne Zusammenhang mit dem Vorangegangenen —, daß seiner Meinung nach der Prozeß der Synzytiolyse, der Auflösung von Synzytialgewebe, welcher sich während der Schwangerschaft teils an der Eiperipherie (homotope Synzytiolyse), teils in der Blutbahn vollzieht, durch die dabei freiwerdende Nukleinsäure unter normalen Bedingungen als ein adäquater Reiz die allgemeine Widerstandserhöhung der Gravida, die Vermehrung innerer und äußerer Sekretionen usw. hervorrufe, bei abnorm gesteigertem Zottenzerfall jedoch als ein Gift wirke, und die pathologischen Schwangerschaftserscheinungen der Eklampsie bewirke. Diese wäre daher eine rasche, hochgradige „Kernvergiftung". Alles dieses schließt er aus einer Reihe von Versuchen, welche die starke Blutgerinnung hemmende und Erythrozyten schädigende Wirkung der Nukleinsäure zeigen.

Labourdette und **Delort** (70) geben eine kurze, aber sehr übersichtliche Zusammenstellung des heutigen Standes der Anschauungen über das Wesen der Krämpfe im Kindesalter. Unter den ätiologischen Momenten werden besprochen die Rolle der Altersdisposition, der Einfluß der Heredität, Rachitis, Intoxikationen und Autointoxikationen, Infektionskrankheiten sowie lokale und reflektorisch wirkende Läsionen. Die der mannigfaltigen Ätiologie entsprechend wechselvollen anatomischen Befunde werden kurz aufgezählt. Darauf folgt die Schilderung der klinischen Symptome für die einzelnen Formen und deren Diagnose, den Schluß bildet ein prognostischer und kurzer therapeutischer Teil.

Ladinsky und **Seff** (195) beobachteten einen sehr merkwürdigen Fall von Eklampsie bei einer 27jährigen Frau, die noch niemals vorher geboren hatte. Ladinsky hatte ihr vor zwei Jahren das linke Ovarium, welches zystisch vergrößert gewesen war, teilweise operativ entfernt und perioophoritische und perisalpingitische Adhäsionen durchtrennt. Auch hat er bei dieser Gelegenheit das linke Tubenostium, welches verschlossen war, erweitert.



Der Beginn der Geburt verlief ohne Störung bis zur etwa handtellergroßen Eröffnung des Muttermundes, als die Patientin über Sehstörungen klagte und schleunigst entbunden werden mußte. Es wurde nun durch hohe Zange eine Doppelmißbildung zutage befördert, die sich als der seltene Fall eines Cephalothoracopagus monosymmetros mit vier Armen und zwei getrennten unteren Körperhälften erwies. Nach der Geburt setzten Krampfanfälle ein, der Urin, der bisher, wiederholt kontrolliert, kein Eiweiß enthalten hatte, war auch jetzt frei davon, und unter wiederholten Krämpfen starb die Frau noch in der folgenden Nacht. Ob ein Zusammenhang zwischen der zwei Jahre zurückliegenden Operation, der Doppelmißbildung und der Eklampsie bestehe, wagt der Verf. nicht zu entscheiden.

Lichtenstein (198) wendet sich erneut gegen die Ansicht Rossas. Die „drohenden Eklampsiefälle“ müssen deshalb aus der Statistik ausgeschaltet werden, weil dadurch die Statistik ihren Charakter einer therapeutische Ausblicke gewährenden Erkrankungsstatistik verlieren und zu einer Statistik der Prophylaxe werden würde. Andererseits ist kein Grund vorhanden, die Wochenbettseklampsien auszuschalten, vielmehr stellen diese gerade eine sehr wichtige Gruppe dar, deren Berücksichtigung erlaubt, der immer noch überschätzten Frühentbindung und Schnellentbindung gegenüber die Eignung der exspektativen Eklampsietherapie in das richtige Licht zu rücken.

Lichtenstein (75) spricht der Lehre Winckels, daß das Absterben der Frucht von günstigem Einfluß auf den Heilungsverlauf der Eklampsie sei, jede Bedeutung ab. Lambsbach habe neuerdings alle mit genügenden Daten versehenen Literaturfälle zusammengestellt, mit dem Ergebnis, daß mehr Eklampsien nach dem Fruchttode ausbrechen, als danach zum Stillstande kommen. Die Fälle Winckels seien in den wesentlichen Daten nicht vollständig wiedergegeben. Die Bedingungen, welche erfüllt sein müßten, um einen Fall für die vorliegende Frage beweiskräftig zu machen, werden zusammengestellt.

Rossa's (219) Kritik wendet sich gegen die Lichtensteinsche Statistik über den Einfluß der Entbindung auf das Auftreten von Krämpfen bei Eklamptischen. Benutzt man beim Aufstellen von Prozentzahlen die Fälle, welche

a) Krämpfe vor und nach der Entbindung,
b) Krämpfe vor der Entbindung, nach der Entbindung keine, und
c) keine Krämpfe vor der Entbindung, nach der Entbindung Krämpfe zeigen (Wochenbettseklampsien),

so muß man auch folgerichtig alle die Fälle, welche

d) vor der Entbindung und nachher keine Krämpfe aufweisen (präeklamptische Zustände, drohende Eklampsien)

mit berücksichtigen, wenn man nicht Gefahr laufen will, das Verhältnis nach der Seite der negativen Fälle hin willkürlich zu verschieben.

Da diese unter d genannten Fälle sich jedoch aus leicht begreiflichen Gründen der Berechnung entziehen, so müssen logischerweise auch die unter c genannten Fälle, die Wochenbettseklampsien, fehlen und gesondert beurteilt werden.

Rosenthal (217) formuliert seine Resultate folgendermaßen:

1. Befinden sich im Serum normaler, nicht gravider, wie im Serum gravider Individuen zytolytische Substanzen, welche fötale Zellen auflösen.
2. Es fehlen diese Substanzen im Nabelschnurserum.
3. Bei Eklamptischen ist nach dem Anfall ein Fehlen der physiologisch vorhandenen Lösung zu beobachten.



4. Die zelllösende Wirkung des Serums kehrt bei in Genesung ausgehenden Fällen zur Norm zurück und erfährt einen weiteren Abfall bei tödlich verlaufenden Fällen.

5. Demnach beruht die Eklampsie auf dem Fehlen der unter physiologischen Zuständen vorhandenen zytolytischen Substanzen, wobei auch das Fehlen der Weichardtschen Antisynzytiotoxine anzunehmen ist. Die Insuffizienz dieser Stoffe kann im Sinne der obigen Ausführungen eine relative, eine absolute oder gleichzeitig eine relative und absolute sein.

Ross (218) teilt mit, daß er in einem Falle, der ohne die geringsten Ödeme und mit ganz geringen Eiweißmengen ($^1/_4$ $^0/_{00}$ Esbach) verlief — es handelte sich um eine sehr zarte und anämische 26jährige Zweitgebärende —, den Ausbruch einer Eklampsie mit mehreren vom Autor mitangesehenen, typischen Krampfanfällen beobachtete, die somit das Vorkommen von Eklampsie auch ohne wesentliche Nierenstörungen beweisen.

Unter obigem Zitat **Rouvier**'s (220) die Notiz, daß der Aufsatz der Akademie zur Sitzung vom 9. Juli 1912 eingesandt wurde. Inhaltsangabe fehlt.

Skeel (224) kommt zu folgenden Schlüssen:

Albuminurie ist das verläßlichste Symptom der präeklamptischen Toxinämie. Ihr jeder Behandlung widerstehendes Weiterbestehen ist viel charakteristischer für Eklampsie, als ihr hoher Grad. Daneben achte man am meisten auf erhöhten Blutdruck und das Auftreten von Ödemen.

Kind und Mutter sind in gleicher Weise an möglichst frühzeitiger Entbindung interessiert, daher leite man, wenn der Fall sich nicht von selbst bessert, die Geburt künstlich ein.

Man mache bei bestehenden Krämpfen:

a) bei erweitertem Muttermunde: Wendung oder Zange,
b) bei geschlossenem Muttermunde: vaginalen oder klassischen Kaiserschnitt.

Zur Narkose verwende man niemals Chloroform, sondern am besten Lachgas. Heiße Packungen unterlasse man anzuwenden, innerlich sei Morphium angebracht.

Wallich (228) hält die Erhöhung des Blutdrucks in der Schwangerschaft für ein pathologisches Zeichen, das auf eine Funktionsstörung der Nieren und auf einen Intoxikationszustand hinweise. Das Symptom ist gewöhnlich begleitet von Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Ödemen, Polyurie und ist wahrscheinlich oft die Ursache plazentarer, ja auch viszeraler Blutungen.

Sphygmometrische Kontrolle des Blutdruckes während der Gravidität müßte ebenso regelmäßig bei allen gesunden Schwangeren stattfinden, wie man auf das Verhalten des Urins achte.

Therapeutisch: Ruhe, Laxantia, Blutdruck erniedrigende Mittel, in bedrohlichen Fällen Aderlaß.

Der Verf. ist der Ansicht, daß die Beachtung derartiger Zustände wohl auch für die Prophylaxe der Eklampsie von größter Bedeutung sein könnte.

Brown (236) bringt einen Fall von Kopftetanus zur Kenntnis, der drei Tage nach einer Schläfenverletzung unter Entwicklung eines Trismus und einer rechtsseitigen Fazialislähmung einsetzte. Der Trismus bestand unter Fieber eine Woche lang, bedrohliche Spasmen der Pharynxmuskulatur und der Atmungsmuskeln vervollständigten das Bild. Genesung trat nach zirka 17 Tagen unter Fieberabfall ein, nachdem der Patient vom 6. bis zum 14. Tage im ganzen 65 500 Tetanusantitoxineinheiten erhalten hatte.

In der Literatur sind bisher 94 hierhergehörende Fälle veröffentlicht.

In dieser umfangreichen Darstellung gibt **Colanéri** (238) ein vorzüglich orientierendes Bild der Pathologie, der klinischen Formen beim Erwachsenen



und beim Kinde unter besonderer Berücksichtigung abweichender Verlaufsformen. Die modernen serotherapeutischen Behandlungsmethoden werden in ihren verschiedenen Modifikationen genau besprochen.

Cruchet (239) betont die Wichtigkeit der klinischen Symptome für die differentialdiagnostische Unterscheidung des Tetanus und der Tetanie der Kinder, gegenüber den wechselnden und oft resultatlos verlaufenden bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Die Initialsymptome des Trismus, des Risus sardonicus und des Opisthotonus auf der einen Seite und der Beginn der tonischen Starre an den Händen und Vorderarmen unter nachträglicher Ausdehnung auf die unteren Extremitäten bei fehlendem Trismus und Opisthotonus auf der anderen Seite sind charakteristisch genug, um die Diagnose zu sichern, während bekanntlich in $^3/_4$ aller Tetanuserkrankungen der Nachweis des Tetanusbazillus nicht gelingt.

Einen Fall von Tetanus beim Hunde beschreibt **Eschrich** (242). Die Symptome traten auf, nachdem 5 Tage vorher der Besitzer des Hundes diesem den Schwanz kupiert hatte. Sie entsprachen genau dem Krankheitsbilde beim Menschen, tonische Starre der gesamten Skelettmuskulatur, Opisthotonus, gesteigerte Reflexerregbarkeit, beschleunigte Atmung, Fieber, Speichelfluß waren vorhanden. Trotz Abtragung des schmierig belegten Schwanzstummels und Morphiummedikation starb der Hund nach 2 Tagen.

Zu den bereits bekannten, gegenüber Tetanus neonatorum differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden Erkrankungen, wie intra partum zustande gekommene Hirnblutungen, enzephalitische und zerebrale Prozesse anderer Art, allgemeine Lebensschwäche usw. fügt **Götzky** (247) auf Grund eines Falles die Littlesche Krankheit. Für Tetanus sprachen in diesem Falle die allgemeine Muskelhypertonie, der Opisthotonus, das tetanische Gesicht mit den deutlich rüsselförmig vorgeschobenen Lippen, die scheinbare Übererregbarkeit und die tonischen Krämpfe. Dagegen sicherte schon der frühe Beginn, besonders aber die klonischen Krämpfe und der Stillstand der intellektuellen die Diagnose einer Idiotie kombiniert mit Littlescher Krankheit.

So erklärte sich ungezwungen die allgemeine Muskelhypertonie sowie die übrigen Symptome; die rüsselförmigen Lippen finden ihre Erklärung in der Tatsache, daß es Heubner gelang, bei Idiotie auf reflektorischem Wege, nämlich durch einen leichten Schlag auf den Mund eine ähnliche Vorstülpung der Lippen zu erzielen.

Jordan's (250) Fall von Tetanus neonati bietet insofern Interesse, als er nicht, wie gewöhnlich, durch Infektion von der Nabelwunde her zustande kam, sondern infolge der nach mosaischem Ritus ausgeführten Zirkumzision, bei der ein kurz zuvor an einem im Garten gelegenen Ziegelstein geschärftes Messer verwendet worden war.

Drei Tage nach der Zirkumzision traten die ersten Symptome auf. Das Kind saugte beim Anlegen an die Brust nur wenige Sekunden, verzog dann krampfhaft die Lippen, diese vorstülpend, und begann zu schreien. Beim Versuche, ihm Flüssigkeit einzuflößen, verhielt es sich ganz ähnlich. Nach ein paar Tagen bot das Gesicht die typische Verzerrung des Risus sardonicus dar. Es bestand Opisthotonus, tonische Starre sämtlicher Skelettmuskeln an Rumpf und Extremitäten. Die Nabelwunde war längst glatt geheilt, degegen sezernierte die Wunde am Penis noch immer seröse Flüssigkeit. Konvulsionen des ganzen Körpers wurden durch die geringste Bewegung ausgelöst. Trotz Chloralbehandlung und intramuskulärer Injektion von zweimal 5000 Immunitätseinheiten des Antitoxins starb das Kind nach einigen Tagen.



Malaniuk (252) berichtet kurz über einen in drei Tagen nach der Infektion rapid zum Tode verlaufenen Tetanusfall. Der Patient, ein junger Mann, der infolge einer eitrigen Hüftgelenksentzündung, die unter schwerer arterieller Blutung operiert wurde, sehr geschwächt war, wurde, wie sich durch Kontrollierung aller übrigen bei der Behandlung verwendeten Operationsrequisiten per exclusionem feststellen ließ, durch die zu einer Hypodermoklyse kurz nach der Operation verwendete Nadel am Oberschenkel infiziert. Der schnelle, in den Symptomen äußerst typische Verlauf erklärt sich wohl durch die Schwächung des Patienten.

Der Fall **Young**'s (266) betrifft einen 10jährigen Knaben, der zehn Tage nach einer geringfügigen Verletzung an Tetanussymptomen erkrankte. Das Krankheitsbild erreichte noch an demselben Tage seinen Höhepunkt. Alle 5 Minuten einsetzende Konvulsionen und schwerster Allgemeinzustand. Tetanusantitoxin wurde in Mengen von 5000 Immunitätseinheiten täglich injiziert (im ganzen 46000 Einheiten). Nach vier Tagen trat merkliche Besserung mit Ausgang in Genesung ein.

Der Verf. mißt dem Erfolg der Serumbehandlung die Heilung des Falles zu und ist der Meinung, daß Mißerfolge mit Serumbehandlung nur durch zu geringe Dosierung zustande kommen. Er empfiehlt, stets sehr hohe Dosen zu geben; zwei von ihm früher beobachtete Fälle in ebenso vorgerücktem Krankheitsstadium, die 150000 bzw. 200000 Immunitätseinheiten erhielten, kamen ebenfalls zur Genesung.



Sachregister.

Die fett gedruckten Zahlen bedeuten Kapitelüberschriften.

A.

B.



C.



D.

E.







H.



I.







L.

M.





N.







T.





U.

V.

W.





Namenregister.

* bezeichnet Arbeiten, welche sich im Literaturverzeichnis finden, aber nicht referiert sind.

A.

B.







E.



F.

G.



H.



I.

J.



K.





M.





N.



O.



P.





S.







U.

V.



W.



